

G

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le rapport à la formation infirmière continue chez des
infirmières en soutien à domicile

par

Jérôme Ouellet

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès arts (M.A.)

Maîtrise en sciences de l'éducation

Novembre 2012

© Jérôme Ouellet, 2012

LB
14.75
US
094
2012

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Analyse de la formation infirmière continue d'infirmières en soutien à domicile

Jérôme Ouellet

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

France Jutras, Ph. D.

Présidente du jury

Professeure titulaire, Faculté d'éducation

Université de Sherbrooke

Joséphine Mukamurera, Ph. D.

Directrice de recherche et
secrétaire du jury

Professeure titulaire, Faculté d'éducation

Université de Sherbrooke

Denise Malo, inf., Ph. D.

Membre du jury

Professeure adjointe et responsable des programmes d'IPS

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

Mémoire accepté le : _____

RÉSUMÉ

Les changements dans le réseau de la santé tel que le virage des soins vers le soutien à domicile (SAD) pour les aînés en perte d'autonomie, exigent des infirmières qu'elles mettent à jour leurs connaissances. Cette étude qualitative réalisée au moyen d'entrevues semi-dirigées s'intéresse au rapport à la formation infirmière continue (FIC) chez des infirmières en SAD au Québec. Son cadre de référence s'inspire des modèles de l'American Nurses Association (1994), de Cervero (1985) et de Hegge (1985). Les résultats révèlent que les infirmières sont engagées en FIC, qu'elles réalisent des activités de formation continue (AFC) diversifiées et qu'elles perçoivent certaines retombées dans leur pratique clinique. Cependant, des contraintes de temps, de coûts et d'accessibilité des AFC pertinentes demeurent des enjeux à prendre en considération. Finalement, des recommandations concernant la pratique clinique, l'enseignement, la gestion et la recherche sont proposées.

Mots-clés : Formation infirmière continue, formation continue, soutien à domicile, infirmière, Québec

SOMMAIRE

Le vieillissement de la population jumelé à la hausse des maladies chroniques (ex. : cancer, problèmes cardiovasculaires, diabète et affections respiratoires chroniques), qui affectent souvent les personnes âgées (OMS, 2012), forcent les collectivités à poursuivre et à intensifier le virage des soins dans la communauté (Malo, 2004) entrepris depuis quelques dizaines d'années. Pour les personnes atteintes de maladies chroniques et en perte d'autonomie, les soins à domicile deviennent leur principal moyen d'accès aux services de santé. Ce sont, en grande partie, les infirmières qui sont au cœur de leur suivi clinique. La prise en charge à domicile de cette clientèle pose de nombreux défis aux infirmières. Elles doivent gérer des situations de soins complexes qui exigent la prise de décisions importantes, le plus souvent, sans le soutien direct d'autres professionnels (Santé et services sociaux Québec, 2003). Ceci impose qu'elles aient des connaissances et des compétences dans plusieurs domaines et qu'elles en assurent la mise à jour continuellement, malgré un contexte de ressources financières et humaines limitées (Blythe et *al.*, 2003).

La présente étude qualitative s'intéresse au rapport à la formation infirmière continue (FIC) en soutien à domicile. Plus précisément, elle s'intéresse (1) à l'engagement des infirmières en matière de FIC et aux activités de FC qu'elles réalisent, (2) aux facteurs qui influencent celui-ci (l'engagement) de même que la participation et le choix au regard des activités de FC ainsi qu'à (3) la satisfaction des infirmières quant aux activités de FC suivies et qu'aux (4) retombées perçues des activités de FC suivies sur la pratique clinique. Le cadre de référence s'inspire de modèles dont ceux de Cervero (1985), Hegge (1985) et de l'American Nurses Association (1994) ainsi que d'écrits pertinents à la FIC. Huit entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès d'infirmières en soutien à domicile provenant d'un même milieu de soins. L'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) et

certaines principes découlant de l'analyse des données qualitatives (Miles et Huberman, 2003) ont guidé notre démarche pour en arriver à nos résultats. L'intracodage, l'intercodage (*Ibid.*, 2003) et le retour aux acteurs (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006) ont permis de valider nos interprétations et d'en mesurer la fiabilité.

En dépit du fait que la présente étude ait été réalisée auprès d'un nombre restreint d'infirmières, les résultats montrent qu'elles font généralement preuve d'un engagement soutenu en matière de FIC. Six facteurs ont été identifiés comme étant déterminant dans le rapport à la FIC qu'entretiennent les infirmières en soutien à domicile. Parmi ceux-ci, le temps disponible pour la réalisation des activités de FC, le soutien financier de l'employeur et l'accessibilité des activités de FC semblent poser des défis plus importants. Par ailleurs, le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins, le contexte de pratique en solo au maintien à domicile, la pertinence perçue des activités de FC et entre autres le soutien de l'employeur à la formation sont des facteurs qui valorisent l'engagement des infirmières et leur participation aux activités de FC. L'ensemble de ces facteurs contribuent également à orienter leurs choix des activités de FC qu'elles réalisent. Les résultats permettent aussi de souligner que les infirmières sont généralement satisfaites des activités de FC qu'elles réalisent, même si elles souhaitent en suivre davantage. Nos analyses ont aussi permis de mettre en lumière, à partir d'expériences et de faits concrets, comment les activités de FC suivies par les infirmières peuvent contribuer, de façon durable, à l'amélioration de l'évaluation et des interventions infirmières et à la satisfaction de la clientèle suivie en maintien à domicile; ce qui est nouveau par rapport aux résultats probants existants en matière de FIC.

Enfin, nous pensons que nos résultats sont transférables à d'autres milieux et contextes de soins similaires à ceux de notre étude. Les réflexions entamées visent à développer une vision et des approches de FC ancrées dans le milieu de soins et la pratique clinique des infirmières en soutien à domicile, afin de la rendre plus

facilement accessible et encore plus pertinente à leur pratique clinique et, en conséquence, aux besoins de la clientèle.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	15
PREMIER CHAPITRE	18
PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	18
1. CONTEXTE.....	18
1.1 Prises de position sur la formation continue	19
1.2 Profession infirmière au Québec	24
1.3 Transformations du réseau de la santé et des services sociaux	26
1.4 Exercice infirmier en soutien à domicile.....	32
1.5 Portrait de la formation continue des infirmières du Québec.....	35
2. LA FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC) : RÉSULTATS	
DE RECHERCHE	37
2.1 Enjeux organisationnels de la FIC	39
2.2 Efficacité de la FIC	40
2.3 Facteurs influençant le développement et l'implantation des	
programmes de FIC et la participation des infirmières à ces derniers	47
2.4 Synthèse des écrits issus de la recherche	50
3. PROBLÈME DE RECHERCHE : QUESTION(S) GÉNÉRALE ET	
SPÉCIFIQUES.....	51
4. PERTINENCE DE LA RECHERCHE.....	54
DEUXIÈME CHAPITRE	57
CADRE DE RÉFÉRENCE	57
1. AMBIGUÏTÉS CONCEPTUELLES SUR LA FORMATION	
CONTINUE	58

2. CONCEPTS PRINCIPAUX DE LA RECHERCHE.....	60
2.1 Formation infirmière continue (FIC).....	60
2.2 Activités de formation continue (FC).....	63
2.3 Engagement en matière de FIC	66
3. RECENSION CRITIQUE DE MODÈLES PERTINENTS À LA FIC	67
3.1 Modèle de Hegge (1985).....	67
3.2 Modèle de Cervero (1985)	70
3.3 Modèle de développement professionnel de l'American Nurses Association (ANA) (1994).....	73
4. FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'ENGAGEMENT, LA PARTICIPATION ET LE CHOIX D'ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE (FC) EN MATIÈRE DE FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC)	76
4.1 Facteurs personnels	77
4.2 Facteurs externes	83
TROISIÈME CHAPITRE.....	90
MÉTHODOLOGIE.....	90
1. TYPE D'ÉTUDE ET POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE	90
2. MILIEU.....	93
3. POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLON	94
4. COLLECTE des données.....	96
4.1 Méthode de collecte des données	96
4.2 Développement et validation de l'outil de collecte des données	98
4.3 Déroulement des entrevues	99
5. ANALYSE DES DONNÉES	101
5.1 Transcription des entrevues.....	102
5.2 Approches retenues pour l'analyse.....	103
5.3 Validation et fiabilité.....	108

6. ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	112
6.1 Consentement libre et éclairé	113
6.2 Anonymat des participants à l'étude	113
6.3 Confidentialité et processus d'anonymisation des données	114
QUATRIÈME CHAPITRE.....	117
RÉSULTATS	117
1. PROFIL DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE	118
1.1 Plus haut niveau de scolarité complété.....	118
1.2 Nombre d'années d'expérience comme infirmière et comme infirmière en soutien à domicile.....	120
2. ENGAGEMENT DES INFIRMIÈRES EN MATIÈRE DE FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC).....	121
2.1 Importance de mettre à jour et d'approfondir ses connaissances comme infirmière, dans un contexte de soins en soutien à domicile	123
2.2 Sens des responsabilités en matière de formation infirmière continue (FIC)	129
2.3 Initiatives et actions individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur formation infirmière continue (FIC).....	132
3. FACTEURS INFLUENÇANT L'ENGAGEMENT, LE CHOIX ET LA PARTICIPATION DES INFIRMIÈRES AU REGARD DES ACTIVITÉS DE FC.....	143
3.1 Souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins	144
3.2 Pertinence perçue des activités de formation continue	146
3.3 Contexte de pratique en solo au maintien à domicile.....	149
3.4 Temps disponible pour la réalisation des activités de formation continue	153
3.5 Accessibilité des activités de formation continue	156
3.6 Soutien de l'employeur	160

4. SATISFACTION DES INFIRMIÈRES AU REGARD DES ACTIVITÉS DE FC SUIVIES	175
4.1 Appréciation des activités de FC suivies.....	176
4.2 Facteurs susceptibles d'augmenter la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies	178
5. RETOMBÉES DES ACTIVITÉS DE FC SUIVIES SUR LA PRATIQUE CLINIQUE.....	181
5.1 Amélioration de la qualité de l'évaluation infirmière	182
5.2 Amélioration de la qualité des interventions infirmières	185
5.3 Satisfaction de la clientèle.....	189
CINQUIÈME CHAPITRE.....	192
DISCUSSION	192
1. RÉSULTATS SAILLANTS DE LA RECHERCHE.....	192
1.1 Engagement des infirmières au rendez-vous en matière de FIC	193
1.2 Facteurs influençant l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC : une cible d'action	198
1.3 Satisfaction des infirmières en matière de FIC : le présent et l'avenir ...	201
1.4 Retombées des activités de FC chez les clients en maintien à domicile : des résultats tangibles souvent méconnus, mais réels.....	208
2. FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE	213
3. RECOMMANDATIONS ET ENJEUX POUR L'AMÉLIORATION DE LA FIC EN SOUTIEN À DOMICILE.....	215
3.1 Recommandations pour la pratique clinique.....	216
3.2 Recommandations pour l'enseignement	217
3.3 Recommandations pour la gestion	220
3.4 Recommandations pour la recherche	222
CONCLUSION	224
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	227
ANNEXES.....	239

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évaluation de la qualité au Service Info Santé CLSC : Clientèle avec une problématique d'asthme	42
Tableau 2: Types d'activités de FC et leurs principales caractéristiques.....	64
Tableau 3: Auteurs s'étant intéressés aux facteurs personnels	78
Tableau 4: Auteurs s'étant intéressés aux facteurs externes	84
Tableau 5: Profil sociodémographique des participants à l'étude	119
Tableau 6: Activités de formation continue (FC) réalisées par les infirmières de maintien à domicile selon une approche inspirée de Binamé (2005) et de l'Union patronale suisse (2010)	139

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Heures consacrées annuellement à la FIC, selon l'OIIQ (2005-2008).....	37
Figure 2 : Approche cartésienne des activités de FC	62
Figure 3 : Modèle de Hegge (1985)	68
Figure 4 : Modèle de Cervero (1985).....	70
Figure 5 : Modèle de l'ANA (1994)	74
Figure 6 : Composantes de l'analyse des données : modèle interactif. Inspiré de : Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). <i>Analyses des données qualitatives</i> . (Trad. De M. Hlady Rispal révision scientifique de J. J. Bonniol), 2 ^e édition. Paris : De Boeck, p. 31.....	102
Figure 7 : Thèmes principaux caractérisant l'engagement des infirmières en maintien à domicile en matière de FIC	122
Figure 8 : Raisons qui amènent les infirmières à reconnaître l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances.....	124
Figure 9 : Éléments qui caractérisent les initiatives et les actions individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur formation infirmière continue (FIC)	133

Figure 10 : Facteurs influençant l'engagement, la participation et le choix des infirmières au regard des activités de formation continue (FC)	144
Figure 11 : Éléments qui caractérisent le temps disponible pour la réalisation des activités de formation continue (FC)	153
Figure 12 : Aspects ou formes de soutien de l'employeur.....	161
Figure 13 : Principales retombées des activités de formation continue (FC) suivies sur la pratique clinique.....	182
Figure 14 : Parallèle portant sur les facteurs identifiés dans la présente étude qui influencent l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC en matière de FIC et les autres auteurs s'étant déjà intéressés à la FIC.....	200
Figure 15 : Le modèle d'apprentissage autodirigé (Hegge, 1985) revu à la lumière de l'expérience de FIC en maintien à domicile.....	211

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I: Guide d'entrevue.....	238
ANNEXE II : Extrait du plan de codification utilisé	244
ANNEXE III: Attestation de conformité : Comité d'éthique de la recherche en éducation et en sciences sociales de l'Université de Sherbrooke	246
ANNEXE IV: Attestation de conformité : Comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie	248
ANNEXE V: Lettre d'invitation et formulaire de consentement pour les participants à l'étude	250

REMERCIEMENTS

À toi qui lui as donné la vie, comme je te l'avais promis avant que tu nous quittes. Et à toi qui, à ton tour, m'as donné la vie, c'est grâce à vous que ce projet se réalise enfin. Merci de tout cœur.

Merci particulier aux personnes qui ont contribué à la direction et à la réalisation de ce projet de recherche. Merci de votre soutien inconditionnel, de vos encouragements et de m'avoir transmis vos connaissances d'experts en recherche.

Merci aux personnes du milieu clinique qui ont accueilli favorablement l'initiative de ce projet et bien sûr, un merci particulier aux infirmières en soutien à domicile qui contribuent généreusement à l'avancement des connaissances et de la recherche en formation infirmière continue.

Merci au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada qui a subventionné ce projet par l'octroi d'une bourse d'études supérieures.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010, p. 5), « la population âgée de 60 ans et plus a doublé depuis les années 1980 et devrait atteindre deux milliards d'ici 2050 ». Les maladies chroniques telles le cancer, les problèmes cardiovasculaires, le diabète et les affections respiratoires chroniques touchent de façon importante les personnes âgées (*Ibid.*, 2012). Les conséquences de ces maladies exercent des pressions importantes sur les ressources des services de santé des collectivités (Denis, 2002). Parmi les stratégies mises en place pour mieux répondre aux besoins de santé de cette population atteinte de maladies chroniques, on note que de nombreux pays ont opté pour un virage des soins vers la communauté (Malo, 2004), entre autres en accordant une place prépondérante aux soins à domicile pour les personnes vivant une perte d'autonomie importante.

Cette réalité des soins rendus accessibles dans le milieu de vie des personnes qui peuvent difficilement sortir de chez elles impose des défis aux infirmières qui sont des acteurs majeurs dans le suivi de cette clientèle. Elles sont appelées à intervenir, le plus souvent sans soutien direct, auprès du client et de sa famille et doivent prendre en charge des situations de soins complexes (Romanow, 2002; Levett-Jones, 2005) qui impliquent qu'elles prennent des décisions qui ont des impacts sur le client et sa famille. Pour assurer des soins de qualité à la clientèle, elles doivent être constamment à l'affût des connaissances les plus actuelles. La formation infirmière continue (FIC) est l'un des moyens, pour les infirmières, de mettre à jour leurs connaissances et de poursuivre le développement de leurs compétences. D'ailleurs, Santé et Services sociaux Québec (2003), dans sa politique de soutien à domicile, considère la formation, tant initiale que continue, comme un incontournable pour assurer à la population des services de qualité.

Or, à l'heure actuelle, il semble que plusieurs obstacles puissent rendre plus difficile l'accès à la FIC. Les écrits soulèvent d'ailleurs certains enjeux à cet égard : coupures dans les budgets consacrés à la FIC (Blythe et *al.*, 2003); pénurie de main-d'œuvre qualifiée, ce qui rend difficile la libération des infirmières sur le temps de travail pour qu'elles participent à des activités de formation continue (FC) (Ellerton et Curran-Smith, 2000) et le peu d'études qui établissent clairement le lien entre la réalisation d'activités de FC et l'amélioration de la qualité des soins (Griscti et Jacono, 2006). Finalement, nous constatons également que les écrits actuels ne permettent pas de connaître, non plus, le rapport qu'entretiennent les infirmières en soutien à domicile à l'égard de la FIC, ce qui constitue une préoccupation importante, à notre avis.

Ainsi, notre étude vise à analyser la FIC en soutien à domicile. La question générale de recherche de cette étude est : **Quel est le rapport à la FIC des infirmières en soutien à domicile?** Le cadre de référence proposé s'inspire principalement de différents modèles pertinents à la FIC ainsi que d'études et d'autres écrits recensés qui ont un lien avec nos questions spécifiques de recherche. L'étude réalisée est de type qualitatif (Deslauriers et Kérisit, 1997). Les approbations pour la mener ont été obtenues auprès de deux comités d'éthique de la recherche avant de débiter. Les participantes à la recherche ont eu droit à un consentement libre et éclairé. L'étude s'est déroulée dans un milieu de soins à domicile, en Estrie, auprès de huit infirmières qui ont participé à une entrevue individuelle semi-dirigée (Savoie-Zajc, 2003). Les verbatims d'entrevues ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003). Les interprétations réalisées ont été soumises à des processus de validation (intracodage, intercodage et contrôle par les acteurs).

Bien que cette étude ait été réalisée dans un seul milieu de soins, ses résultats et les recommandations qui en découlent ont un potentiel de « transférabilité » (Mukamurera, Lacrouse et Couturier, 2006, p. 129) intéressant pour d'autres milieux et contextes de soins similaires à celui dans lequel s'est déroulée la recherche. Nous

souhaitons aussi souligner qu'il est probable que les infirmières qui ont participé à la présente recherche fassent preuve d'un engagement plus soutenu en matière de FIC, ce qui n'est peut-être pas le cas pour toutes les autres infirmières. On peut aussi penser que pour les infirmières qui font preuve d'un engagement moins soutenu, ceci pourrait avoir un impact positif moins important au regard des retombées des activités de FC suivies sur la pratique clinique et par conséquent, sur l'amélioration de la qualité des soins.

Enfin, notre mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre définit les composantes de la problématique de la recherche et le deuxième précise le cadre de référence pour mener à bien celle-ci. Les troisième et quatrième chapitres présentent respectivement la méthodologie et les résultats de l'étude alors que le dernier chapitre, suivi de la conclusion, présente une discussion portant entre autres sur les faits saillants de la recherche et les recommandations formulées suite aux analyses réalisées.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

La formation infirmière continue (FIC) comprend plusieurs éléments qui sont essentiels à connaître pour bien en comprendre les enjeux. Pour ce faire, nous avons décidé de diviser le présent chapitre en quatre parties. Dans un premier temps, nous définirons le contexte dans lequel la FIC s'inscrit. Dans un deuxième temps, nous mettrons en évidence les principaux résultats de recherche en matière de FIC. Dans un troisième temps, nous définirons plus précisément le problème de recherche. Finalement, nous établirons clairement la pertinence de la recherche pour conclure ce chapitre.

1. CONTEXTE

La formation continue (FC) en son sens large¹ (qui comprend également la FIC) s'inscrit dans un contexte qui lui est bien particulier. C'est ce contexte que nous tenterons de dépeindre avec les lignes qui suivent. Dans le cadre de la présente étude, quatre éléments contribuent à définir et à circonscrire le contexte de la recherche. Ces cinq éléments sont (1) les prises de position sur la FC, (2) les caractéristiques de la profession infirmière ici au Québec, (3) les transformations qu'a connues le réseau de

¹ Le terme « formation continue » est générique et signifie mettre à jour de façon constante ses connaissances. Il comprend entre autres la « formation infirmière continue » (FIC) qui sera définie parmi les éléments de la toile conceptuelle au chapitre 2. « Formation infirmière continue » provient des expressions « *Nursing continuing education* », « *Continuing education in Nursing* » ou « *Continuing Nursing Education* » qui sont couramment utilisées en anglais.

la santé et des services sociaux, (4) l'exercice infirmier en soutien à domicile ainsi que le portrait de la FIC chez les infirmières du Québec.

1.1 Prises de position sur la formation continue

Avant d'entrer dans le vif du sujet de la FIC en soutien à domicile, il est essentiel d'explorer le phénomène de la FC sous un angle beaucoup plus macroscopique et général afin de déterminer quelles sont les principales visions qui teintent notre réalité actuelle.

À la lumière des documents que nous avons lus et analysés, nous avons retenu cinq prises de position qui furent ou qui sont encore marquantes pour la FC. La première est issue du Ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS) et touche l'éducation, tandis que les autres proviennent de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

1.1.1 Ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS)

La mise à jour de ses connaissances est essentielle pour développer ses compétences. Elle est aussi nécessaire pour s'adapter à l'ensemble des changements que connaît notre société. À cet égard, le Ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS) soutient la pertinence de mettre à jour ses connaissances par le développement d'une culture de formation continue chez l'ensemble des travailleurs québécois :

« Mondialisation, compétitivité et avancées technologiques rendent essentiel le recours à la formation continue de la main-d'œuvre. Dans un tel contexte socioéconomique, il faut viser à ce que chaque adulte, quelle que soit sa situation par rapport au marché du travail, se sente véritablement convié à se former tout au long de sa vie et soutenu dans ses efforts afin que ses compétences soient mises à

jour régulièrement et sans cesse améliorées pour ne pas devenir dépassées. [...] À cet égard, l'entreprise constitue un lieu de formation essentiel pour celles et ceux qui y travaillent; en effet, la formation continue, nécessaire en raison de l'évolution constante des technologies et des pratiques professionnelles et de la production de nouveaux savoirs, gagne à se faire rapidement et dans l'action. [...] Or, malgré les avancées importantes du Québec sur ce chapitre et dans les dernières années avec l'adoption de la Loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre², celle-ci demeure un défi à poursuivre pour tous les partenaires du marché du travail afin de bien enraciner dans les entreprises et auprès de la main-d'œuvre québécoises la culture de la formation continue » (MELS, 2002, p. 15).

Cette prise de position ministérielle dépasse les systèmes scolaires et éducatifs. Elle sollicite l'engagement des milieux de travail afin que chaque travailleur soit à l'affût des connaissances les plus récentes pour rendre son action efficace et efficiente. Mais actuellement, qu'arrive-t-il concrètement dans les milieux de travail avec cette Loi favorisant le développement de la formation continue de la main-d'œuvre? S'affaire-t-on vraiment, comme société, à développer et à implanter une culture de formation continue auprès des entreprises et des travailleurs québécois? Les pistes de réponses à ces questions demeurent encore imprécises, mais il semble effectivement que le « défi » reste encore grand à relever dans le contexte que nous connaissons actuellement. Notre recherche documentaire ne nous a pas permis d'amasser de preuves tangibles qu'une culture de formation continue s'enracine ici au Québec dans l'ensemble des milieux de travail; particulièrement dans le domaine de la santé. Nous avons tenté d'accéder aux programmes et aux activités de formation continue afin de les analyser, mais ce sans véritable succès faute de ne pas avoir été en mesure de rejoindre les personnes responsables de ces programmes dans les milieux de soins.

² Anciennement nommée Loi du 1%.

Et pourtant nous savons que des initiatives et des programmes dans le genre se développent et existent.

Le MELS n'est toutefois pas le seul organisme à avoir énoncé clairement sa position en matière de FC. D'autres organismes, cette fois-ci en lien avec les professionnels de la santé, ont eux aussi énoncé clairement leur position. Ils valorisent la formation continue des personnels de santé.

1.1.2 Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS affirme que l'apprentissage au cours de la vie professionnelle s'effectue principalement de trois manières : (1) en suivant une formation qui mène au développement et à l'acquisition d'une spécialisation, (2) en exerçant dans les milieux de pratique pour acquérir de riches expériences et finalement (3) en poursuivant des activités de FC (Abbatt et Mejia, 1990). L'OMS spécifie que les frontières entre ces trois manières d'apprendre au cours de la vie professionnelle ne sont pas rigides et qu'elles ne doivent pas l'être non plus. Elle soutient aussi que « la FC constitue le principal moyen de préserver ou encore d'améliorer la qualité du travail des agents de santé » (*Ibid.*, 1990, p. 9).

1.1.3 Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

De son côté, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a énoncé sa prise de position en mentionnant que la FC constitue l'un des moyens de mettre à jour ses connaissances et de maintenir sa compétence comme infirmière (AIIC, 2000). D'autres mécanismes comme la simulation de situations cliniques (ECOS³), l'évaluation par les pairs, le développement d'un portfolio professionnel de même que la pratique d'un nombre d'heures minimal de la profession constituent eux

³ ECOS : Examen clinique objectif structuré sur place (AIIC : 2000).

aussi des éléments complémentaires du processus de mise à jour continu de ses connaissances et de maintien de sa compétence professionnelle. La prise de position de l'AIIC, qui est spécifique aux infirmières, s'inscrit donc en complémentarité à celle de l'OMS.

1.1.4 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'OIIQ a aussi adopté une position⁴ similaire à celle de l'OMS et de l'AIIC. Pour l'OIIQ, qui régit et contrôle l'exercice de la profession infirmière au Québec dans le but de protéger le public, la FIC s'inscrit dans l'obligation déontologique de l'infirmière de « tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins et traitements selon les normes de pratique généralement reconnues » (Gouvernement du Québec, 2009). Dans cette même perspective, l'OIIQ soutient que la FIC est un incontournable pour assurer des soins de qualité et sécuritaires au public. Elle représente également un enjeu important pour le maintien et le développement de la compétence professionnelle des infirmières (OIIQ, 2009). D'ailleurs, dans le cadre de sa planification stratégique 2006-2009, l'OIIQ (2006) a fortement recommandé au MSSS d'allouer les sommes nécessaires pour que l'ensemble des infirmières du Québec ait droit à trente-cinq heures de FC annuellement (pour les infirmières travaillant à temps complet). Cette recommandation semble avoir été accueillie favorablement. Il est toutefois encore difficile d'identifier concrètement ce qui s'est passé depuis dans les milieux de soins.

⁴ Il est aussi important de préciser qu'au moment d'écrire ces lignes, en mai 2010, l'OIIQ n'avait pas encore adopté ses orientations ni sa norme professionnelle de FC qui ont publiés en septembre 2011. La présente recherche a d'ailleurs soutenue la réalisation de ces travaux.

1.1.5 Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

Bien que le MSSS semble avoir accueilli favorablement la recommandation de l'OIIQ en matière de FIC en 2006, sa prise de position initiale et officielle de 2004 demeure plutôt brève et peu étoffée. La recension des écrits que nous avons effectuée au MSSS nous laisse un peu perplexe. Aucun document spécifique à la FC des professionnels de la santé n'a été recensé et encore moins au niveau des infirmières. Une seule phrase a été identifiée comme étant en lien avec la formation continue dans un document sur la formation universitaire des infirmières québécoises. Dans ce document, le MSSS identifie ses principales préoccupations. Parmi une liste exhaustive, on y retrouve à la toute fin :

« qu'un important défi d'encadrement doit être relevé en vue d'accroître l'attraction et la rétention des jeunes [infirmières], en améliorant le soutien clinique et en développant la formation continue tant pour les infirmières que pour l'ensemble du personnel aux soins » (Santé et services sociaux Québec, 2004, p. 5).

Même si le MSSS semble avoir accueilli favorablement la recommandation de l'OIIQ sur la FIC, il semble que sa propre visée soit un peu différente. Pour l'OIIQ, la FIC constitue un moyen de maintenir et d'améliorer les compétences infirmières, donc d'être davantage susceptible de prodiguer des soins de meilleure qualité, alors que pour le MSSS, la FIC s'inscrit d'abord dans une stratégie de rétention des effectifs dans la profession.

En résumé, à la lumière des éléments que nous venons de présenter, nous pouvons constater que des organismes tels le MELS, l'OMS, l'AIIC ainsi que l'OIIQ soutiennent que la FC est importante pour la compétence de la main-d'œuvre, qu'elle soit associée spécifiquement au domaine de la santé (comme c'est le cas pour l'OMS, l'AIIC et l'OIIQ) ou qu'elle soit reliée à d'autres domaines professionnels plus généraux (comme c'est le cas pour le MELS). Les prises de position politiques et stratégiques du MELS, de l'OMS, de l'AIIC et de l'OIIQ sont donc claires : la FC est

essentielle et importante pour renouveler ses connaissances et développer ses compétences. Parallèlement à ces quatre prises de position, le MSSS se garde quelques réserves en percevant la FIC comme une stratégie visant la rétention de la main-d'œuvre dans la profession plutôt qu'une stratégie permettant la mise à jour des connaissances ainsi que le maintien et le développement des compétences cliniques de ces dernières. La prise de position du MSSS n'est cependant pas incompatible avec la visée poursuivie par le MELS, l'OMS, l'AIIC et l'OIIQ puisque des études ont démontré que la FIC peut à la fois permettre la rétention des effectifs dans la profession (Levett-Jones, 2005; Blythe et al. 2003) et la mise à jour des connaissances pour maintenir et développer ses compétences comme infirmière (Walsh et *al.*, 2006). Par ailleurs, nous avons aussi exploré la position d'Agrément Canada au regard de la FIC. Les informations que nous avons obtenues à cet effet sont plutôt limitées. Mis à part le fait que la FC doive faire partie des mécanismes d'assurance qualité dans les établissements de santé et que cet organisme rend disponible des activités de FC, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir plus d'informations.

Bien que la majorité des prises de position soutiennent que la FC est une nécessité dans notre société actuelle et qu'elles soient pertinentes à notre sujet de recherche, elles ne permettent pas de comprendre en profondeur les particularités québécoises de la profession infirmière. Comme notre étude se déroule ici au Québec et qu'elle s'intéresse à des infirmières en exercice, il devient alors nécessaire de préciser quelles sont ces particularités.

1.2 Profession infirmière au Québec

Effectivement, les généralités de la FC ne sont pas le seul aspect à considérer pour bien comprendre et circonscrire le contexte de la recherche. Dans la situation qui nous intéresse, nous devons aussi définir ou plutôt décrire ce qu'est une infirmière ici au Québec. (Précisons au passage que les particularités propres aux infirmières de

soutien à domicile seront présentées dans la section 1.4 qui porte sur l'exercice infirmier en soutien à domicile.)

Une infirmière est une professionnelle en soins infirmiers. Au Québec, pour porter ce titre, trois conditions doivent être remplies. Dans un premier temps, il faut réussir avec succès l'une des formations suivantes :

- Programme collégial en soins infirmiers qui mène à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (DEC) ou l'équivalent;
- Programme universitaire en sciences infirmières menant à l'obtention d'un baccalauréat de base en sciences infirmières (BAC) ou l'équivalent;
- Programme universitaire en sciences infirmières menant à l'obtention d'une maîtrise générique en sciences infirmières⁵.

Il est aussi important de noter que depuis 2001, une formation infirmière intégrée (DEC-BAC) permet aux infirmières diplômées d'un programme collégial en soins infirmiers d'obtenir un baccalauréat de perfectionnement après deux ans à temps complet d'études universitaires. La seconde condition à remplir est de réussir avec succès l'examen de l'OIIQ qui comprend à la fois un volet écrit en deux parties et un volet pratique de type ECOS. Finalement, la troisième condition à remplir est que cette personne ayant réussi l'examen s'inscrive annuellement au Tableau⁶ en payant certains frais et en complétant un questionnaire s'intéressant entre autres à ses activités professionnelles et à l'intégrité de son dossier judiciaire.

⁵ Ce programme est offert dans seulement une des universités au Québec.

⁶ Au Québec, la législation qui encadre la pratique des professionnels faisant partie d'un ordre exige que ce dernier tienne en quelque sorte un registre à jour de ses membres. Ce registre est appelé « Tableau ».

L'infirmière est appelée à exercer sa profession dans différents champs d'activités soit en pratique clinique, en formation, en gestion ou en recherche (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010) et dans divers milieux. Par conséquent, l'infirmière doit posséder de solides connaissances en communication, anatomie, éducation, enseignement, physiologie, pharmacologie, psychologie, anthropologie, recherche, éthique et en sociologie pour s'acquitter adéquatement des rôles qu'elle doit jouer dans le mandat social de soigner que lui a confié la société (Legault, 1999). Actuellement, l'OIIQ compte environ 72 000 membres à son actif. Le Québec est l'une des provinces comptant le plus d'infirmières au Canada. Étant donné que ces dernières sont présentes à de multiples endroits et dans différentes fonctions, lorsque des changements sont initiés dans les milieux de soins ou ailleurs, elles sont souvent les premières affectées. Les changements actuels dans les milieux de soins témoignent des transformations importantes au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les lignes qui suivent présenteront quelques-unes de ces transformations.

1.3 Transformations du réseau de la santé et des services sociaux

Plusieurs événements ont contribué à transformer le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. En dresser une liste complète serait fastidieux et probablement plus ou moins utile. Nous avons donc retenu trois éléments majeurs en ce qui a trait à ces événements ou faits marquants qui sont particulièrement pertinents à notre recherche. Dans un premier temps, nous présenterons sommairement quelques bouleversements qui ont ébranlé et qui ébranlent encore les professionnels en exercice. Dans un deuxième temps, nous porterons une attention particulière à la mouvance qu'a connue la profession infirmière dans les dernières années. Troisièmement, nous nous attarderons à l'intensification et à la complexification des soins qui sont prodigués à domicile. Ces trois éléments nous permettront de mieux camper la recherche au cœur de l'exercice infirmier en soutien à domicile.

1.3.1 Bouleversements ébranlant les professionnels de la santé en exercice

Depuis des années et encore à l'heure actuelle, le système de santé québécois connaît de grandes transformations qui bouleversent les professionnels dans leur milieu de travail et dans leur champ d'exercice (Denis, 2002). Ces transformations sont nécessaires pour s'adapter à une société vieillissante (Lefebvre et Soderstrom, 2000) où la longévité sans cesse croissante des individus se caractérise aussi par une augmentation des maladies chroniques⁷ qui nécessitent de plus en plus de soins (Hamel et Alain, 2004). Les individus vivent donc plus longtemps, mais pas nécessairement en bonne santé. Ces problèmes de santé et de comorbidités s'étalant sur de nombreuses années ont comme conséquence d'alourdir la charge de travail des personnes qui doivent prodiguer les soins (Levett-Jones, 2005).

Qu'ils soient démographiques, professionnels, technologiques ou organisationnels, ces bouleversements ébranlent la plupart des disciplines professionnelles reliées au domaine des soins de santé (Denis, 2002). Le meilleur exemple pour illustrer l'ampleur des changements auxquels ont été confrontés les professionnels de la santé, dont les infirmières, a été l'adoption de la « Loi québécoise modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé » (communément appelée projet de loi 90) qui a modifié le champ d'exercice d'onze types de professionnels du réseau (Gouvernement du Québec, 2002). Comme nous le verrons ci-après, la profession infirmière n'a pas échappé à cette situation (Bellemare et Besner, 2002); son champ d'exercice s'est vu lui aussi modifié de façon majeure. Vallée (2002a) décrit bien cette nouvelle réalité du réseau.

⁷ Le diabète, l'hypertension artérielle, l'emphysème, la bronchite chronique, l'insuffisance rénale et le cancer sont quelques exemples de maladies chroniques.

« C'est surtout dans le domaine des soins infirmiers que la loi 90 apporte les changements les plus importants, surtout au chapitre des actes réservés, dont plusieurs deviennent maintenant des actes partagés entre les infirmières et les infirmiers, les auxiliaires et les médecins. Ces nouvelles dispositions de la loi 90 viennent non seulement consacrer des pratiques déjà implantées dans le réseau, [...] mais ajoute, en décloisonnant les actes réservés, une certaine souplesse dans le traitement des patients. [...] la loi 90 accorde plus de latitude aux infirmières et aux infirmiers dans l'exercice de leurs fonctions et, en ce sens, reconnaît à ces professionnels le droit d'utiliser leur jugement [...] De façon générale, la loi vient reconnaître ce qui se passait sur le terrain, explique Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mais l'incertitude quant à la légalité de certains actes était un frein au développement. Maintenant, avec cette loi, non seulement les choses sont claires, mais notre fonction prend davantage de l'allure. C'est pour nous une percée significative. La loi 90 permet maintenant aux infirmières et infirmiers d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, ce qui vient consacrer ce qui se faisait déjà [...]. Cet acte réservé pourrait [peut] se pratiquer en CLSC [comme en soutien à domicile] ou en région éloignée. De plus, certaines dispositions de la loi donnent plus de latitude et accordent aux infirmières et aux infirmiers un certain pouvoir de décision. Par exemple, la loi permet maintenant d'administrer et d'ajuster des médicaments ou autres substances, s'ils font l'objet d'une ordonnance. En clair, cela veut dire qu'une infirmière pourrait réduire ou augmenter la dose d'un médicament, selon un protocole de soins [ou une ordonnance collective], sans être obligée au préalable de consulter le médecin. » (Vallée, 2002a, p. 1-3).

La pratique quotidienne des professionnels, dont les infirmières, s'est donc modifiée. Ils se sont vus confier de nouvelles responsabilités et activités professionnelles qu'ils n'avaient pas auparavant ou qu'on ne leur reconnaissait pas formellement et légalement. En fait, pour la profession infirmière, cette loi a provoqué une grande « mouvance » (Vallée, 2002a).

1.3.2 Mouvance de la profession infirmière

Deux caractéristiques contribuent à définir cette mouvance de la profession infirmière. La première est associée au développement d'une autonomie professionnelle accrue des infirmières, tandis que la seconde est reliée au renouvellement de la formation initiale des futures infirmières.

Autonomie professionnelle accrue. L'ensemble de ces bouleversements qui ont entre autres été amenés par la nouvelle loi et qui ont affecté le système de santé, s'est traduit pour les infirmières par une modification de leurs rôles professionnels auprès des clientèles requérant des soins infirmiers (Desrosiers, 2007; Vallée, 2002b). Ces nouveaux rôles exigent des infirmières qu'elles fassent preuve d'une autonomie professionnelle beaucoup plus importante qu'auparavant (Desrosiers, 2007). Elles doivent donc posséder les connaissances et les compétences requises pour déterminer, prodiguer et ajuster des soins et traitements à un client dans une situation de soins donnée et ce, tout en demeurant imputables des actes professionnels qu'elles posent. Cette autonomie accrue de l'infirmière peut être décrite selon trois axes qui sont (1) l'expansion, (2) l'avancement et (3) la spécialisation⁸ (Hamric, Spross et Hanson, 2009)⁹.

L'expansion, l'avancement et la spécialisation sont ainsi les trois principales voies que peut emprunter l'infirmière pour s'acquitter adéquatement de ses nouveaux

⁸ Le mot « spécialisation » fait ici référence à l'expertise dans un domaine donné (comme en soins à domicile) et non à un terme juridique « protégé » comme c'est le cas dans le Code des professions du Québec.

⁹ Nous souhaitons préciser que ce ne sont pas toutes les infirmières qui ont une pratique avancée. La pratique avancée implique de détenir minimalement un grade universitaire de deuxième cycle. Dans le cadre de la présente recherche, nous avons emprunté ces trois concepts à la pratique avancée seulement pour nous aider à mieux décrire l'autonomie accrue des infirmières depuis les changements législatifs de 2002.

rôles et responsabilités auprès de la population québécoise. L'expansion fait ici référence au grand nombre de milieux différents où l'infirmière peut exercer sa profession. Désormais, l'infirmière est appelée à exercer ses fonctions dans des milieux non traditionnels teintés d'une réalité extrêmement différente du milieu hospitalier. L'avancement est associé à l'émergence de nouvelles connaissances autant en soins infirmiers que dans d'autres domaines connexes comme en gestion et en éducation. Le défi le plus important pour l'infirmière en termes d'avancement demeure sans doute sa capacité à rechercher les connaissances les plus actuelles, mais aussi sa capacité à intégrer ces dernières dans sa pratique clinique quotidienne (Ducharme, 2001). Finalement, la spécialisation, quant à elle, renvoie à la réalité que l'exercice infirmier repose sur le développement d'expertise et sur le fait que les infirmières sont de plus en plus appelées à poser des actes à risque de préjudices pour la clientèle (Hamric, Spross et Hanson, 2009).

Formation initiale renouvelée : premier pas vers l'avancement. Ainsi, l'explosion des savoirs de même que les nouveaux rôles que doivent assumer l'ensemble des professionnels de la santé, dont les infirmières, sont tels que les formations initiales comme en soins infirmiers et en sciences infirmières ne peuvent plus à elles seules garantir que les nouveaux arrivants dans la profession pourront répondre adéquatement, et ce tout au long de leur carrière, aux besoins de santé changeants et complexes de la population (Abatt et Mejia, 1990). À cet effet, Griffiths (2002) soutient que la demi-vie¹⁰ de la connaissance en soins infirmiers est d'une durée de deux à cinq ans. La nouvelle vision de l'éducation en soins infirmiers et en sciences infirmières, comme dans d'autres disciplines, mise donc plutôt à former des professionnels autonomes et responsables, capables d'assurer la mise à jour continue

¹⁰ Ce concept est emprunté au domaine de la pharmacologie. « La demi-vie est un paramètre pharmacocinétique important pour déterminer la fréquence d'administration d'un médicament. Il s'agit du temps que met une substance médicamenteuse à diminuer de moitié sa concentration plasmatique, qu'elle soit initiale ou restante » (Cloutier et Ménard, 2001, p. 19).

de leurs connaissances en fonction de leur champ de pratique. Cette forme d'autonomie permettra à l'infirmière d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer ses compétences afin de répondre adéquatement aux besoins de santé de la société (Bahn, 2007; Blouin et *al.*, 2000; MELS, 2002).

1.3.3 Prestation des soins : expansion vers le domicile

Parallèlement aux connaissances qui évoluent, les pratiques et les modes de prestation de soins se transforment et évoluent eux aussi. Les infirmières exercent de plus en plus leurs nouveaux rôles dans des milieux moins encadrés. Ces changements dans la prestation des soins qui affectent les infirmières relèvent en grande partie de transformations organisationnelles, financières et politiques qui sont (outre la loi 90) associées au virage ambulatoire, à la fermeture de lits consacrés à l'hébergement et aux soins de longue durée ainsi qu'au maintien des personnes dans leur milieu de vie¹¹ le plus longtemps possible (Santé et services sociaux Québec, 2003). L'étude de Malo (2004) décrit bien la nouvelle réalité de prestation de soins. Cette dernière se caractérise par le passage du mode de prise en charge en milieu hospitalier structuré vers un processus d'accompagnement et de soutien de la personne et de ses proches dans son milieu naturel et dans la communauté où elle reçoit les soins infirmiers adaptés à sa condition de vie et de santé.

« Alors que traditionnellement le centre hospitalier était considéré comme l'élément charnière des réseaux de santé, nous assistons depuis quelques années à un virage majeur des soins vers la communauté [...] Plusieurs soins, auparavant dispensés en milieu hospitaliers, tels ceux reliés aux traitements de chimiothérapie et d'antibiothérapie intraveineuse ou les soins post-opératoires, sont aujourd'hui dispensés en clinique externe ou à domicile. La durée de séjour hospitalier est écourtée, voire même complètement abolie

¹¹ Fait référence au domicile de la personne.

dans certains cas. Le patient et sa famille sont de plus en plus mis à contribution dans la prestation de leurs propres soins. [...] Les soins infirmiers requis, les lieux où ils seront dispensés de même que les contextes organisationnel et environnemental entourant le développement de modes de pratique tiennent compte de ces nouvelles réalités... » (Malo, 2004, p. 2).

Cette même réalité a aussi fait l'objet d'un des aspects de la Commission sur l'avenir des services de santé au Canada (Romanow, 2002). Dans ce rapport, il est soutenu que les soins dispensés hors des hôpitaux sont de plus en plus nombreux et que bon nombre d'entre eux sont maintenant dispensés à domicile. Toujours selon ce rapport, les soins à domicile connaîtraient une évolution rapide comparativement aux autres secteurs des soins de santé. Ce ne sont plus seulement les soins d'assistance qui font l'objet de soutien à domicile, mais des traitements « très complexes tels la dialyse et l'intraveinothérapie » font maintenant partie des services offerts aux gens dans leur milieu de vie (Romanow, 2002, p. 187). Les soins à domicile ne sont donc plus complémentaires aux soins hospitaliers comme ils l'étaient autrefois. Ils font maintenant partie de services essentiels dans le quotidien de milliers de personnes qui sont malades, mais qui ont toutefois les capacités ou les ressources requises pour continuer à vivre dans leur milieu de vie, à condition qu'elles reçoivent les soins dont elles ont besoin. Annuellement, ce sont 900 000 Canadiens qui reçoivent des services de soutien à domicile (Association canadienne de soins et services à domicile, 2008). Au Québec, annuellement, ce sont 385 millions de dollars qui sont investis pour dispenser des soins et services à domicile en matière de santé (Lehoux et Law, 2004). Ailleurs au Canada, entre autres au Nouveau-Brunswick et en Ontario, ce sont des sommes encore plus importantes qui sont attribuées à ce secteur. Le soutien à domicile devient donc un incontournable dans cette nouvelle organisation des soins et des services offerts à la population québécoise et canadienne.

1.4 Exercice infirmier en soutien à domicile

Pour répondre aux besoins de santé des personnes qui vivent à domicile seules ou avec leur famille, le réseau de la santé s'est tourné entre autres vers les

infirmières. Actuellement, 70% des infirmières travaillent en établissement (centres hospitaliers, centres d'hébergement de soins de longue durée, etc.); en 2020, il est anticipé que 75% d'entre elles travailleront dans la communauté, dont en soutien à domicile (OIIQ, 2006). Même si les durées de séjour en centre hospitalier se sont écourtées ou abolies et même si les milieux de prestation de soins ont changé (Malo, 2004), il demeure néanmoins que les soins aux personnes malades, eux, se sont complexifiés et alourdis au fil du temps (Levett-Jones, 2005). Ces personnes qui vivent avec des problèmes de santé complexes et multiples se retrouvent souvent confinées et isolées dans leur chez soi; elles sont vulnérables. Le moyen privilégié pour rejoindre cette clientèle qui peut difficilement se déplacer est d'offrir le service de « soutien à domicile » parfois aussi appelé « maintien à domicile » ou encore « soins à domicile » (Deshaies, Labrie-Gauthier et Leprohon, 2010). Les statistiques de l'OIIQ (2009) démontrent que le nombre d'infirmières exerçant la profession dans le secteur du soutien à domicile est sans cesse grandissant. En 1996, lors du renouvellement de l'inscription au Tableau de l'Ordre, 1 417 infirmières et infirmiers ont déclaré exercer la profession en soutien à domicile. En 2007, ce nombre a atteint un sommet jamais égalé auparavant; 3 115 infirmières et infirmiers ont déclaré exercer la profession dans ce secteur de la santé communautaire (OIIQ, 2009). Ce type de pratique à domicile exige plusieurs compétences de la part de l'infirmière.

L'exercice de la profession en soutien à domicile nécessite que l'infirmière fasse preuve d'autonomie professionnelle et qu'elle utilise son jugement clinique à bon escient dans son évaluation et son intervention (Deshaies, Labrie-Gauthier et Leprohon, 2010). Elle agit le plus souvent sans le soutien direct d'une équipe de professionnels et doit prendre des décisions qui ont des répercussions sur l'état de santé du client et sur sa famille dans l'immédiat, à moyen et à long terme. Ces infirmières qui œuvrent maintenant dans la communauté sont appelées à jouer de nouveaux rôles et à assumer de nouvelles responsabilités pour lesquelles elles n'ont pas nécessairement été formées au cours de leur cheminement scolaire initial (Lehoux et Law, 2004). Une importante étude menée par Kraus (1994) définit ce à quoi sont

souvent confrontées les infirmières en soutien à domicile. Parmi les éléments identifiés dans cette étude, nous avons retenu six des principaux facteurs de stress qui font partie intégrante de la pratique clinique des infirmières en soutien à domicile :

- 1- Différence entre les milieux de prestation de soins;
- 2- Réduction du soutien des pairs et des contacts avec des collègues;
- 3- Responsabilité de nouveaux traitements;
- 4- Autonomie et isolement accrus;
- 5- Résolution de problèmes sans contact direct avec les patients et problèmes d'estime de soi sur le plan personnel et professionnel;
- 6- Adoption de responsabilités professionnelles élargies.

Initialement ancrées dans une approche de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les infirmières des centres de santé à vocation communautaire ont dû, depuis une quinzaine d'années, intégrer à leur pratique clinique des soins dits curatifs et palliatifs. Le maintien des fonctions vitales, la ventilation assistée de même que la chimiothérapie font maintenant partie des traitements quotidiens que doivent prodiguer les infirmières en soutien à domicile (Lehoux et Law, 2004). L'agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé souligne que la plupart des organismes qui sont responsables de prodiguer des soins à domicile exigent des infirmières qui exercent dans ce secteur des « compétences supplémentaires et spécialisées » (*Ibid.*, 2004, p. 2). Dans cette perspective, la FIC devient un moyen incontournable, pour l'infirmière, de développer ses compétences professionnelles en intégrant de nouvelles connaissances à sa pratique clinique pour s'adapter à ses nouveaux rôles et responsabilités.

En résumé, la pratique des infirmières s'ancre dans un contexte de bouleversements et de transformations (Denis, 2002) caractérisé par l'avancement (c'est-à-dire : l'émergence de nouvelles connaissances et la percée de technologies auparavant inexistantes), l'expansion (c'est-à-dire : la prestation de soins dans des

milieux non traditionnels hors des centres hospitaliers) et la spécialisation (c'est-à-dire : le développement d'expertise et l'exercice d'activités professionnelles comportant des risques de préjudices) (Hamric, Spross et Hansom, 2009), particulièrement en soutien à domicile. Ces infirmières doivent assumer de nouveaux rôles autonomes pour lesquels elles n'ont pas nécessairement été formées et ce, dans des milieux moins encadrés et tournés vers la communauté (Lehoux et Law, 2004). Elles doivent aussi être à l'affût des connaissances scientifiques les plus actuelles et intégrer ces dernières à leur pratique (Ducharme, 2001) dans des soins de plus en plus complexes (Levett-Jones, 2005). Dans cette optique, la FIC constitue le principal moyen de mise à jour des connaissances pour le maintien et le développement des compétences afin que les infirmières exercent la profession de façon optimale et sécuritaire auprès du public (AIIC, 2000).

1.5 Portrait de la formation continue des infirmières du Québec

Maintenant que nous venons de présenter les principales caractéristiques de l'exercice infirmier en soutien à domicile, les transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux de même que celles relatives à la profession infirmière ainsi qu'aux prises de position en matière de formation continue, il est impératif de dresser un portrait sommaire de la FIC des infirmières ici au Québec.

Malheureusement, à l'heure actuelle, il est impossible d'obtenir seulement les données relatives aux activités de FC des infirmières en soutien à domicile. Les données auxquelles nous avons eu accès par le biais de l'OIIQ comprennent la déclaration du nombre d'heures de formation continue de l'ensemble des infirmières du Québec, indépendamment de leur secteur d'activité. Ces données comprennent toutefois les déclarations des infirmières en soutien à domicile.

Depuis 2005, l'OIIQ invite les infirmières à déclarer annuellement, lors de leur inscription au Tableau, le nombre d'heures de formation continue qu'elles ont

suivi durant la dernière année. Le diagramme à la page suivante (*Heures consacrées annuellement à la formation continue (2005-2008)*) présente les statistiques descriptives de ces données recueillies.

Malgré que l'OIIQ n'ait pas encore clairement défini¹² ce qu'elle entend par « formation continue », nous pouvons remarquer que la proportion d'infirmières « sans réponse » ou qui déclarent « ne pas suivre d'activité de formation continue » (0 heure) semble diminuer au fil des ans, ce qui est encourageant. Certes, il faut demeurer très prudent quant à l'interprétation de ces données, mais il s'agit là d'une première étape pour mieux comprendre le phénomène de la FIC ici, au Québec.

Les prochaines étapes pour mieux comprendre ce phénomène résident dans des analyses plus fines de ces données. Qu'est-ce qui incite les infirmières à suivre des activités de formation continue? Pour quelles raisons le font-elles? Quels sont leurs besoins en matière de FIC? Quelles sont les activités de FC qu'elles poursuivent? Quelle est leur satisfaction au regard des activités de FC qu'elles poursuivent? Et bien d'autres encore... Ces données statistiques qui nous ont été fournies par l'OIIQ (2009) tendront peut-être à changer quelque peu d'ici les prochaines années avec la norme professionnelle de formation continue des infirmières qui a été adoptée en septembre 2011 par l'OIIQ (Ouellet, Maillé et Durand, 2011). Cette norme précise les attentes de l'OIIQ envers ses membres et les incite à s'engager dans une démarche de FIC. Elle comprend trois éléments. Le premier réfère à la participation à un minimum de vingt heures d'activités de FC annuellement à partir du 1^{er} janvier 2012, comprenant au moins sept heures d'activités accréditées. Le deuxième réfère à la déclaration annuelle, lors de l'inscription au Tableau, du nombre d'heures total d'activités de FC réalisées et le nombre d'heures accréditées parmi celles-ci.

¹² Ceci n'est plus le cas depuis la parution de ses orientations et de sa norme professionnelle de FC (septembre 2011).

Finalement, le troisième élément consiste à tenir un registre annuel des activités de FC et de le conserver pendant cinq ans.

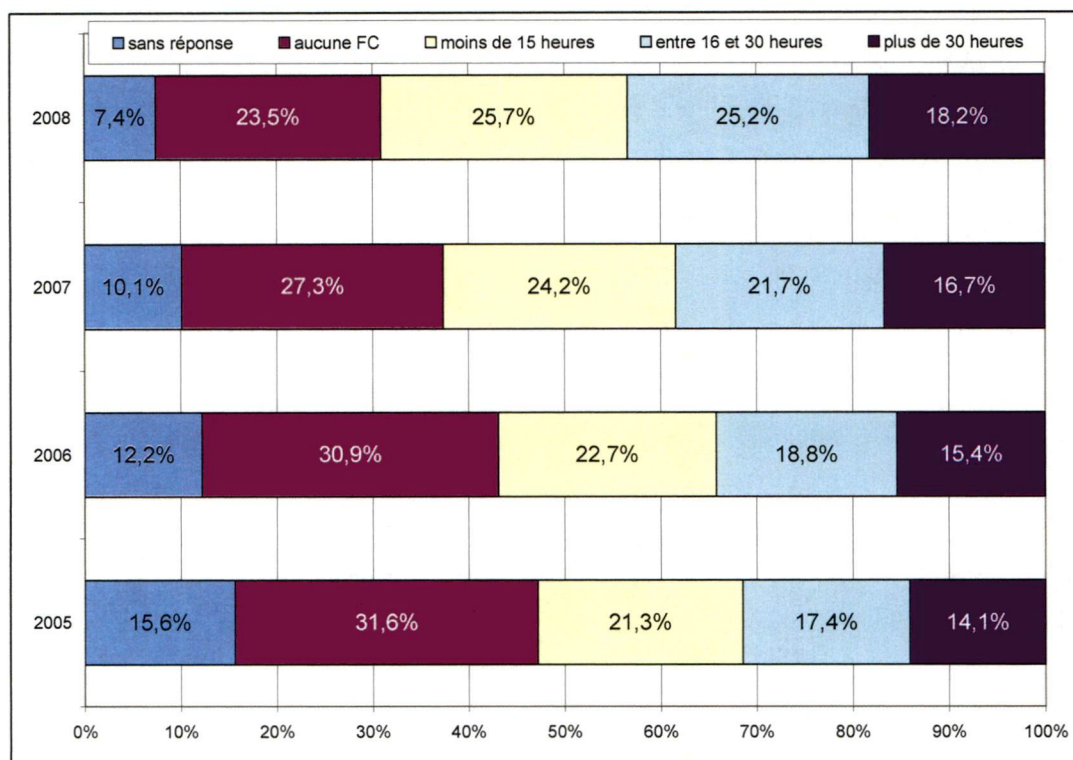


Figure 1 : Heures consacrées annuellement à la FIC, selon l'OIIQ (2005-2008)¹³

2. LA FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC) : RÉSULTATS DE RECHERCHE

Bien que bon nombre de prises de position soutiennent que la FIC soit un incontournable pour un exercice infirmier de qualité et que la tendance veuille qu'une plus grande proportion d'infirmières poursuive des activités de formation continue, il

¹³ Ces données ont été obtenues auprès du chef des statistiques et de la planification des effectifs, à l'OIIQ.

demeure essentiel de s'intéresser aux résultats issus de la recherche dans le domaine pour justement mieux situer ce phénomène.

Comme les écrits scientifiques sont peu nombreux et plutôt hétéroclites en matière de FIC, il a été difficile de recenser des études qui s'inscrivent directement en lien avec les questions de recherche que nous présenterons à la fin du chapitre. Nous avons donc opté pour dresser un portrait général des connaissances empiriques et théoriques dans le domaine de la FIC.

La recherche des écrits a été effectuée à partir de trois banques de données : *Cinhal*, *Medline* et *Eric*. Plusieurs mots clef ont été utilisés afin de couvrir le plus possible l'ensemble des connaissances existantes en FC et en FIC : *Continuing education*, *Nursing*, *Professional Development*, *Lifelong learning*, *Continuing Education Strategies*, *Home Care*, *Professional Education*, *Continuing Education Practice*, *Barriers*, *Benefits*, *personal- internal factors*, *external factors*, *Educational Option*, *Continuing Education Model*. Il est à noter que des combinaisons de recherche ont été effectuées avec ces mots clef afin de trouver des études s'apparentant le plus possible à notre intérêt de recherche.

Bien que les connaissances liées à la FIC soient encore limitées et qu'elles ne soient pas consensuelles, il demeure néanmoins que certaines thématiques tendent à émerger de ce corpus de connaissances. Nous en avons retenu trois : (1) les enjeux organisationnels de la FIC, (2) l'efficacité de la FIC et (3) les facteurs qui influencent le développement et l'implantation des programmes de FIC et la participation des infirmières à ces derniers. Les prochains paragraphes contribueront à mieux définir et à mieux préciser chacune de ces thématiques.

2.1 Enjeux organisationnels de la FIC

Aujourd'hui, deux des problématiques majeures qui sont rencontrées dans les milieux de soins sont le manque de ressources et le manque de financement. Ces deux éléments affectent négativement l'actualisation de la FIC (Blythe et *al.*, 2003). Le manque de ressources est, dans notre contexte, associé à la pénurie d'infirmières que connaît actuellement le réseau de la santé (OIIQ, 2006). Le manque de financement est quant à lui associé aux coûts versus aux bénéfices que rapportent les sommes investies dans la formation continue du personnel soignant en fonction des retombées que ces dernières auront dans le milieu. Ces retombées peuvent s'évaluer ou se mesurer en termes de valeur ajoutée, d'amélioration de la qualité des soins, d'augmentation de la satisfaction au travail des infirmières, de meilleur taux de rétention des infirmières dans leur milieu, etc. Les deux sections qui suivent permettront de mieux documenter ces aspects importants.

2.1.1 Manque de ressources

En période de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, la libération des infirmières sur leur temps de travail pour assister à des activités de formation continue devient une barrière pour les gestionnaires (Ellerton et Curran-Smith, 2000). Alors qu'on a peine et misère à combler les besoins de main-d'œuvre au chevet des patients, comment peut-on se permettre de libérer ces infirmières? Certes, à court terme, il peut s'avérer inconcevable de libérer une infirmière de sa charge de travail habituelle alors que cette libération entraînerait un alourdissement encore plus important de la tâche pour les infirmières restantes au chevet ou pire; qu'une telle libération pourrait engendrer des coûts en terme de temps supplémentaire pour permettre à cette infirmière de suivre une activité de formation continue sur son temps de travail (Block et Sredl, 2006). Mais quelle est l'issue pour laquelle les gestionnaires devraient opter? Nous tenterons d'apporter quelques pistes de réponse à cette question notamment avec les deux prochaines sections qui portent sur les coûts, les bénéfices de même que sur l'efficacité de la FIC.

2.1.2 Coûts versus bénéfices

L'enjeu actuel dans cette situation ne devrait pas être de percevoir la formation continue des infirmières comme une dépense, mais plutôt comme un investissement dans le capital humain (Blythe et al., 2003). Blythe et ses collaborateurs (2003) soutiennent qu'il a été démontré qu'effectivement, une telle approche axée sur l'investissement dans sa main-d'œuvre engendre des coûts importants dans l'immédiat, mais qu'à long terme, cet investissement peut se traduire par des gains de productivité, d'efficacité et d'engagement de la part des infirmières dans leur organisation. Alors que nous savons que les coûts reliés à l'orientation des nouvelles infirmières sont les plus élevés, il devient d'autant plus intéressant de consacrer des efforts à exercer une force de rétention sur ces dernières (Levett-Jones, 2005). En effet, les infirmières qui ont accès à des activités de formation continue ont la perception d'être plus compétentes et de prodiguer de meilleurs soins dans le milieu où elles exercent la profession (Copeland, 2005). Elles se disent plus satisfaites dans leur milieu de travail et elles sont plus enclines à poursuivre leur carrière au sein de leur établissement. Dans cette perspective, la FIC constitue donc un levier contribuant à la rétention de la main-d'œuvre infirmière dans les milieux de soins, ce qui abonde dans le même sens que la prise de position du ministère de la santé et des services sociaux (Santé et services sociaux Québec, 2004).

2.2 Efficacité de la FIC

Outre ses effets positifs sur la rétention des infirmières, quels pourraient être les intérêts des gestionnaires à investir des sommes en FIC? Actuellement, les gestionnaires hésitent parfois à investir dans la formation continue de leurs infirmières, entre autres, parce que les effets d'une telle formation sont encore peu connus et très peu documentés (Wood, 1998; Grisetti et Jacono, 2006; Roussel, 2010).

En fait, les résultats probants dont nous disposons actuellement sont plutôt limités. S'il a été démontré que la FIC pouvait exercer une force de rétention sur les infirmières dans leur milieu de soins (Copeland, 2005), il en va autrement en ce qui a trait à l'efficacité des activités de FIC au regard de l'amélioration de la qualité des soins dispensés (Griscti et Jacono, 2006; Mesurvey et Monson, 1987; Turner, 1991).

La plupart des études s'étant intéressées à évaluer l'efficacité d'une activité de formation continue (spécifiquement en soins infirmiers) ne sont pas arrivées à des conclusions consensuelles. Certaines soutiennent qu'effectivement la FIC contribue à améliorer la qualité des soins alors que d'autres soutiennent qu'elle a un effet plutôt intangible et difficilement évaluable et encore moins mesurable. Aux fins de notre étude, nous analyserons les plus pertinentes d'entre elles. Elles proviennent de trois domaines différents : la santé communautaire, les soins critiques et le secteur pédiatrique.

2.2.1 En santé communautaire

Une étude effectuée dans la cadre du service Info Santé CLSC s'est intéressée à mesurer l'efficacité de l'évaluation et de l'intervention infirmière téléphonique auprès d'une clientèle présentant des problèmes d'asthme (Boutin, Robichaud, Valois et Labrecque, 2006). Une activité de formation continue portant sur l'évaluation et sur l'intervention infirmière téléphonique auprès d'une clientèle qui présente une problématique reliée à l'asthme a été élaborée après que les infirmières de ce service aient elles-mêmes jugé non optimales leur évaluation et leur intervention auprès de cette clientèle cible. À l'aide d'une grille de performance, les chercheurs ont mesuré, à partir d'enregistrements vocaux, la qualité de l'évaluation et de l'intervention téléphoniques à trois temps différents : avant la formation (temps 0), trois mois après la formation (temps 1) et neuf mois après la formation (temps 2). Un groupe de vingt-sept infirmières participaient à cette étude. Le tableau 1 présente les résultats obtenus.

Tableau 1 :
Évaluation de la qualité au Service Info Santé CLSC : Clientèle avec une
problématique d'asthme

Efficacité	Temps de mesure	Temps 0 (pré formation)	Temps 1 (3 mois post formation)	Temps 2 (9 mois post formation)
Évaluation téléphonique				
	• Pauvre	50%	25%	28,6%
	• Moyen	27,3%	25%	38,1%
	• Excellent	22,7%	50%	33,3%
Intervention téléphonique				
	• Pauvre	29,6%	19%	30,8%
	• Moyen	55,5%	27%	42,3%
	• Excellent	14,8%	54%	26,9%

Source : Boutin, H., Robichaud, P., Valois, P. et Labrecque, M. (2006). Impact of a continuing Education Activity on the Quality of Telephone Interventions by Nurses in an Adult Asthma Client Base. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 335-343.

Quelques constats sont intéressants à poser. Nous nous limiterons à en explorer trois. Le premier est le fait que l'on note une amélioration significative ($p < 0,05$) à la fois au niveau de l'évaluation et au niveau de l'intervention trois mois post formation (temps 1). Le pourcentage des évaluations jugées « excellentes » est passé de 22,7% au temps 0 à 50% au temps 1. Cette tendance est également remarquée pour ce qui est de l'intervention téléphonique. Le pourcentage des interventions jugées « excellentes »

est passé de 14,8% au temps 0 à 54% au temps 1. À première vue, l'activité de FC semblerait avoir contribué à l'amélioration de la qualité de l'évaluation et de l'intervention téléphoniques auprès de la clientèle cible. Or, il appert que cette amélioration se soit estompée graduellement après quelques mois. En effet, lorsque l'on compare les temps 1 et 2, on note une diminution importante des taux d'évaluation et d'intervention qui ont été jugées « excellentes ». Les pourcentages sont passés respectivement de 50% à 33,3% pour ce qui est de l'efficacité de l'évaluation et de 54% à 26,9% pour ce qui est de l'efficacité de l'intervention. Ces données peuvent nous amener à nous questionner. Comment se fait-il que les changements positifs de pratique ne perdurent pas dans le temps? Bien que les auteurs aient identifié comme principale limite que l'outil d'évaluation (et de mesure) développé ne rendait pas toujours justice à la qualité de l'intervention effectuée par l'infirmière, il demeure aussi important de souligner que cette étude ne présente pas de quelle manière la formation a été dispensée aux infirmières ni quel a été le type de suivi qui a été mis de l'avant pour les soutenir, à long terme, dans l'intégration et le transfert des connaissances post-formation. Le suivi et le soutien post-formation représentent à eux seuls des éléments majeurs en ce qui a trait au maintien des changements de pratique positifs. Ce phénomène a d'ailleurs été documenté par Eraut (2004) et Mann (2002), selon une perspective théorique. De tels mécanismes de soutien et de suivi sont indispensables si l'on veut que les infirmières retiennent les nouvelles connaissances acquises et qu'elles les intègrent dans leur pratique clinique quotidienne de façon durable.

Enfin, nous tenons à préciser que l'étude dont nous venons de traiter est la seule que nous avons recensée en santé communautaire et qui était pertinente à la recherche que nous proposons.

2.2.2 En soins critiques

Une autre étude réalisée par Wynd (2002), cette fois-ci dans le domaine des soins critiques, a tenté de démontrer que les effets positifs d'un programme de formation continue, en termes de rétention des connaissances, pouvaient se maintenir dans le temps. Cette étude à devis quasi-expérimental comptait un groupe de vingt-sept infirmières qui ont suivi seize sessions de formation continue et un groupe contrôle de trente infirmières qui ne suivaient pas ces sessions de formation. Alors que l'étude précédente, qui touchait l'évaluation et l'intervention infirmières au service info-santé CLSC, ne présentait que de très brèves informations sur l'activité de FC (Boutin et *al.*, 2006), dans le cadre de l'étude de Wynd (2002), le programme de formation continue lui, est clairement présenté (il comptait deux phases : une partie théorique et une deuxième partie qui comptait 320 heures associées à la pratique clinique). Il est aussi mentionné que le programme de formation continue a été développé par une infirmière éducatrice (*nurse educator*) en pratique avancée¹⁴. La collecte des données s'est effectuée à trois moments stratégiques. Ces données collectées visaient à mesurer et à évaluer les connaissances des infirmières. Le premier moment de mesure a été avant le déploiement du programme de formation continue (temps 0). La deuxième mesure a été prise immédiatement après que le programme de formation continue ait été complété (temps 1). Et la dernière mesure a été prise six mois après la fin du programme de formation continue (temps 2). L'analyse des données de cette recherche démontre que les groupes ayant suivi le programme de formation continue ont obtenu des résultats supérieurs aux examens aux temps 1 et 2 comparativement à leurs collègues du groupe contrôle. Les analyses inférentielles effectuées démontrent aussi que l'expérience en soins critiques de

¹⁴ Au Québec, la plupart des infirmières qui sont conseillères à la formation et qui développent des activités de FC ont généralement une formation de 1^{er} cycle universitaire, contrairement aux infirmières éducatrices dans le reste du Canada et aux États-Unis, qui elles, ont une formation de deuxième cycle universitaire.

l'infirmière s'inscrit dans une corrélation positive avec l'obtention d'un meilleur résultat aux tests. Autrement dit, plus une infirmière est expérimentée en soins critiques, meilleurs sont ses résultats au test portant sur les connaissances. Bien que cette étude de Wynd (2002) semble à première vue démontrer l'efficacité d'un programme de formation continue, elle demeure tout de même limitée quant aux conclusions que l'on peut en tirer. La principale limite de cette étude est que l'outil de collecte utilisé (le BKAT-4) pour mesurer le niveau des connaissances aux trois temps mesure seulement le niveau des connaissances théoriques. On ne sait trop si les infirmières qui ont acquis ces nouvelles connaissances les transfèrent à leur pratique clinique; ce qui constitue une limite importante qui n'est pas documentée par l'auteure. Il aurait aussi été intéressant d'évaluer la qualité des soins dispensés avant et après le déploiement du programme de formation afin de déterminer si ce programme avait contribué d'une quelconque façon à améliorer la qualité des soins prodigués par les infirmières.

D'autres études ont été menées afin de rendre tangibles les effets bénéfiques de la FIC sur la qualité du soin. Une de ces études menée par Smith et ses collaborateurs (2003) a tenté de démontrer qu'une activité de FC avait contribué à diminuer l'utilisation systématique des moyens de contentions¹⁵ physiques chez les patients séjournant dans des unités de soins critiques (principalement en soins intensifs). Cette étude a été menée avec un échantillon de convenance de 397 patients. Certains d'entre eux ont connu un épisode de contention physique avant que le programme de formation n'ait été dispensé alors que d'autres ont connu un épisode de contention physique après que le programme de formation ait été dispensé aux

¹⁵ Une contention est un moyen (physique ou chimique) qui vise à restreindre les mouvements d'une personne, notamment lorsqu'elle est agitée, agressive et devient dangereuse pour elle-même et/ou pour les autres.

infirmières. Selon les analyses des audits de dossier effectués, l'épisode moyen de contention (c'est-à-dire le nombre de jours d'hospitalisation pendant lesquels le patient a été contentonné divisé par le nombre total de jours d'hospitalisation) se serait écourté (moins de la moitié du séjour d'hospitalisation comparativement aux trois quarts ou plus du séjour auparavant) suite au programme de formation qui a été dispensé ($p=0,05$). Vingt-trois séances de formation ont eu lieu dans les unités de soins critiques et ce, pour tous les quarts de travail. Cette formation portait sur les stratégies d'évaluation ainsi que sur les solutions alternatives au recours aux moyens de contentions physiques dans les situations où le patient présente des comportements agressifs et perturbateurs ou des épisodes d'intense agitation. Cette activité, en plus de contribuer à réduire le recours systématique à des dispositifs de contentions physiques, aurait aussi contribué à ébranler de fausses croyances telles que la contention physique pouvait contribuer à réduire le nombre de chutes (ce qui est tout à fait faux). Cette étude présente certaines limites. Les auteurs ne documentent pas les interventions alternatives qu'utilisent maintenant les infirmières pour intervenir auprès de cette clientèle agitée. Peut-être utilisent-elles moins les contentions physiques, mais on ne sait trop si cette diminution se traduit par une augmentation du recours à des moyens de contentions chimiques (tels des médicaments) qui pourraient expliquer cette diminution du recours à des moyens de contention physiques. Cette limite non documentée par les auteurs peut laisser planer un doute quant à l'efficacité réelle de la formation continue dispensée. Cette étude demeure cependant intéressante, car elle tente d'évaluer les effets d'un programme de FC sur la qualité des soins dispensés, ce qui représente une avancée dans le domaine de la recherche en FIC.

Ces études s'étant intéressées à évaluer l'efficacité présentent toutes la même faiblesse. Dans chacune d'elles, on ne connaît que rarement les éléments de processus associés à l'approche pédagogique ou à la façon dont la FC a été dispensée ni de quelle manière le suivi a été fait suite à la formation (s'il y a eu un suivi post formation). L'aspect que nous soulevons ici est le fait que le type d'approche

pédagogique utilisé pour dispenser la FC tendrait peut-être à influencer le transfert des connaissances de la théorie à la pratique, ce qui pourrait contribuer à en améliorer l'efficacité.

2.2.3 En pédiatrie

À cet effet, l'étude de Walsh et al. (2006) corrobore une partie de nos propos. Cette étude réalisée auprès d'infirmières d'une unité pédiatrique et qui portait sur le *management* de la fièvre a su démontrer que l'approche pédagogique utilisée dans le cadre d'une activité de FC pouvait exercer un effet sur le transfert des connaissances de la théorie à la pratique; donc sur l'efficacité de la FIC. En effet, cette étude démontre que les infirmières ayant suivi une activité de FC et dans laquelle le formateur adoptait une approche pédagogique de type réflexive performaient un peu moins bien à un test de connaissances théoriques à la fin de la formation, mais qu'elles étaient davantage en mesure d'effectuer le transfert de connaissances théoriques à leur pratique clinique; contrairement à leurs collègues qui avaient suivi un cours magistral (avec une approche pédagogique plutôt traditionnelle). Ces dernières (les infirmières qui avaient suivi le cours magistral) avaient obtenu de meilleurs résultats à l'examen écrit, mais dans leur pratique clinique, elles n'utilisaient que très peu ou pas ces connaissances théoriques pour améliorer leur évaluation et leur intervention. La conclusion de cette étude vient donc soutenir qu'il devient fondamental de s'intéresser au processus pédagogique visant à actualiser la FIC auprès des infirmières et à privilégier le développement d'activités de FC qui s'inscrivent dans une approche pédagogique de type réflexive et active. Il faut toutefois demeurer prudent quant à ces résultats de recherche, car ils reposent sur une seule étude.

2.3 Facteurs influençant le développement et l'implantation des programmes de FIC et la participation des infirmières à ces derniers

Les enjeux organisationnels de même que l'efficacité ne sont pas les deux seuls éléments qui caractérisent la perspective empirique de la FIC. D'autres facteurs plus ou moins bien définis sont aussi importants à connaître pour le développement et l'implantation des programmes de FIC ainsi que pour la participation des infirmières à ces derniers. Ces facteurs indissociables les uns des autres sont : les conditions de travail des milieux de soins, le soutien offert par les gestionnaires et la motivation des infirmières.

2.3.1 Conditions de travail des milieux de soins

Comme nous l'avons présenté sommairement précédemment, les conditions de travail difficiles dans lesquelles s'enracine la profession infirmière sont une réalité qu'on ne peut ignorer. Ces conditions de travail exercent un effet négatif sur la formation infirmière continue (Duquette, 1983). Bien que l'étude de Duquette (1983) ne soit pas récente, il demeure néanmoins que celui-ci semble être l'un des rares à avoir documenté ce phénomène en fonction des milieux de soins québécois. Cette étude démontre que les horaires de travail inflexibles et les modalités d'accès difficiles à des activités de FC (ex. : distance géographique, formation coûteuse, moment auquel la formation est donnée, etc.) peuvent grandement compromettre l'engagement des infirmières dans des programmes ou des activités de FC. Ces contraintes seraient même identifiées comme étant des sources de démotivation (Beatty, 2000; Duquette, 1983; Watson, 2004). Ces résultats d'études concordent aussi avec ceux obtenus par Dean (2004); ces mêmes facteurs ont été identifiés comme étant importants et nuisibles.

Plus récemment, Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges et Drevniok (2008) se sont, pour leur part, intéressés aux conditions des milieux dans lesquels les jeunes infirmières arrivent pour exercer la profession. Ces auteurs affirment que les milieux devraient privilégier les occasions où les infirmières d'expérience peuvent échanger et partager leur vécu professionnel avec les jeunes recrues. Ils affirment aussi que les

nouvelles générations d'infirmières recherchent des milieux où elles auront la chance de prendre elles-mêmes la responsabilité de leur FIC et de leur mise à jour. Les organisations doivent donc à la fois privilégier les activités explicites de formation (ce qui signifie prévoir des temps de libération rémunérés, des congés d'études, etc.), mais aussi des activités où les infirmières sénior partagent leur savoir (ce qui veut dire que les infirmières peuvent échanger et partager sur leurs expériences et sur l'expertise qu'elles ont développée au fil du temps) avec les nouvelles infirmières qui font leur entrée dans la profession.

2.3.2 Soutien des gestionnaires

En plus des conditions de travail, il semblerait que le soutien humain et financier des gestionnaires serait lui aussi un facteur déterminant pour appuyer les infirmières dans leur démarche de mise à jour continue de leurs connaissances. Watson (2004) et Beatty (2000) soutiennent que ce n'est pas le manque de motivation qui est à l'origine de la non-participation des infirmières à des activités de FC. Ces études poussent les analyses plus loin en soutenant que les coûts engendrés par la participation à des activités de FC et l'absence de soutien financier des employeurs sont les principales barrières à l'engagement des infirmières dans un cheminement de FIC. Elles (les barrières) seraient à l'origine de la démotivation des infirmières. À cet effet, Stolee et collaborateurs (2005) affirment que les infirmières doivent être soutenues par les gestionnaires pour faciliter l'accès aux activités de FC. Il semblerait que ces gestionnaires auraient aussi un rôle de soutien à jouer dans le transfert des connaissances à la pratique en contrant la résistance au changement dans les milieux de soins.

2.3.3 Motivation des infirmières

Après avoir identifié des facteurs susceptibles d'influencer l'engagement des infirmières dans un cheminement de FIC, il semble enfin essentiel, pour terminer cette recension des écrits, d'identifier les principales sources de motivation des

infirmières à poursuivre des activités de FC. Les infirmières perçoivent généralement la FIC comme un moyen efficace de développer de nouvelles habiletés et de s'approprier de nouvelles connaissances (Dean, 2004). Elles se sentent aussi plus compétentes et davantage reconnues dans les fonctions qu'elles occupent (Wood, 1998; Copeland, 2005). Elles ont également la perception de prodiguer de meilleurs soins (Sirotnik, 2006), ce qui contribuerait à les encourager à mettre constamment à jour leurs connaissances au moyen de la FIC (Waddell, 1991; Beatty, 2000).

2.4 Synthèse des écrits issus de la recherche

En résumé, les études que nous avons recensées touchent trois thèmes principaux : 1) les enjeux organisationnels de la FIC, 2) son efficacité de même que 3) les facteurs qui influencent le développement et l'implantation des programmes de FC et la participation des infirmières à ces derniers.

Ces études nous permettent non seulement de prendre conscience de l'ampleur et de la complexité du phénomène à l'étude, mais aussi de constater que l'on comprend encore mal bon nombre de ces enjeux liés aux organisations, à l'efficacité de la FIC de même qu'aux facteurs qui influencent la motivation, la participation et l'engagement des infirmières. Désormais, nous savons que la FIC ne peut pas être dissociée du contexte de pratique de l'infirmière et qu'elle est aussi influencée par plusieurs facteurs tels le manque de ressources, les conditions de travail dans les milieux de soins, le soutien des gestionnaires, la motivation des infirmières, etc. Nous savons aussi que l'approche pédagogique mise de l'avant pour dispenser le programme ou l'activité de FC en influence ses impacts sur l'amélioration des soins. Les dernières études réalisées soutiennent que l'approche traditionnelle de formation magistrale n'est pas la meilleure dans tous les cas et que les occasions où l'infirmière porte un regard critique et réflexif sur sa pratique professionnelle deviennent des situations d'apprentissage qui peuvent contribuer à

acquérir de nouvelles connaissances, à maintenir et/ou développer ses compétences et ultimement à prodiguer de meilleurs soins.

Par ailleurs, actuellement, il est difficile de mesurer quelles sont les retombées exactes de la FIC (Griscti et Jacono, 2006). Comme nous l'avons présenté, quelques chercheurs commencent à tenter de mesurer quels sont ces impacts réels de la FIC sur l'amélioration de la qualité des soins. Mais personne ne semble encore avoir eu l'idée, à ce jour, de comprendre plus en profondeur quelles sont les retombées ou les bénéfices de la FIC dans la pratique clinique selon le point de vue d'une des principales intéressées et concernées, l'infirmière. Cette nouvelle façon de voir les choses permettrait peut-être de mieux déterminer comment la FIC peut améliorer la pratique professionnelle et surtout de comprendre en quoi elle peut être pertinente pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés par des infirmières en soutien à domicile !

Finalement, nous constatons également que, même si le champ de la recherche se développe de plus en plus en FIC, les études qui s'intéressent à la santé communautaire comme au secteur du soutien à domicile, elles, se font rares pour ne pas dire quasi-absentes ou absentes alors que, comme nous l'avons souligné, les soins en soutien à domicile connaissent un essor jamais vu auparavant. La stratégie de recension que nous avons décrite avec les mots clef utilisés pour présenter les résultats de recherche en FIC ne nous a pas permis de recenser des études spécifiques au soutien à domicile. C'est dans cette optique que nous affirmons que la recherche dans ce domaine de la santé communautaire n'est pas développée à ce jour.

3. PROBLÈME DE RECHERCHE : QUESTION(S) GÉNÉRALE ET SPÉCIFIQUES

Les nombreux changements et bouleversements qui caractérisent le système de santé québécois exigent des infirmières une autonomie professionnelle accrue, particulièrement dans un contexte de soins en soutien à domicile (Deshaies, Labrie-

Gauthier et Leprohon, 2010). La nécessité d'avancement, d'expansion et de spécialisation dans un tel contexte de transfert des soins du milieu hospitalier vers le domicile des gens constitue une lourde responsabilité pour ces infirmières qui sont souvent isolées dans leur pratique professionnelle (Lehoux et Law, 2004). Elles doivent être à l'affût des connaissances les plus actuelles dans des milieux de moins en moins encadrés où les soins s'alourdissent et se complexifient sans cesse (Levett-Jones, 2005). Dans cette optique, la FIC constitue l'un des principaux moyens de mettre à jour leurs connaissances pour maintenir et développer leurs compétences à exercer la profession d'infirmière (AIIC, 2000).

Effectivement, l'émergence de nouvelles connaissances et la percée de technologies auparavant inexistantes (l'avancement), la prestation de soins dans des milieux non traditionnels hors des centres hospitaliers (l'expansion), le développement d'expertise et l'exercice d'activités présentant des risques de préjudices (la spécialisation) de même que l'obligation déontologique de mettre à jour ses connaissances comme infirmière nous portent à croire que la FIC puisse être la principale voie à privilégier pour une pratique compétente de haut niveau. Or, il demeure néanmoins que dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre comme c'est le cas actuellement, les professionnels, dont les infirmières, risquent de s'immiscer dans un cycle de désengagement et peuvent avoir tendance à ne plus mettre à jour leurs connaissances; ce qui compromettrait le maintien et le développement de leurs compétences professionnelles (MSSS, 2004). En pénurie de main-d'œuvre qualifiée, l'accès aux postes qui exigent normalement des connaissances et des formations au-delà de la formation initiale est aussi facilité. Ainsi, il arrive parfois que des infirmières soient nommées dans des postes ou des fonctions pour lesquelles elles ne détiennent ni le niveau de compétence ni la formation normalement exigée; ce qui est inquiétant (Desrosiers, 2005)! Qui plus est, en période de coupures et de compressions budgétaires comme c'est aussi le cas présentement, la FIC est souvent la première cible visée et atteinte par ces coupures (Blythe et al., 2003). Il va aussi s'en dire que la difficulté des gestionnaires à libérer les infirmières sur leur temps de

travail pour qu'elles participent à des activités de FC en période de pénurie entretient ce cycle de désengagement.

Dans ce contexte où la nécessité de connaissances spécifiques et particulières aux soins à domicile s'accroît et où l'absence de soutien clinique direct par les pairs et la limitation des ressources disponibles font partie intégrante du quotidien des infirmières, il devient nécessaire de se questionner sur la situation actuelle de la FIC dans les milieux de soins. Dans cette optique il convient de mieux comprendre **quel est le rapport à la formation infirmière continue (FIC) des infirmières de soutien à domicile**. Il s'agit là de la question générale de recherche à laquelle nous tenterons de répondre. Le rapport à la FIC des infirmières de soutien à domicile peut prendre de multiples facettes. Parmi celles-ci, nous en avons retenu quelques-unes qui nous ont permis d'élaborer des questions spécifiques de recherche :

1. Quel est l'engagement au regard de la FIC chez des infirmières en soutien à domicile et quelles activités de formation continue poursuivent-elles pour mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences professionnelles?
2. Quels sont les facteurs qui influencent la participation, l'engagement et les choix d'activités de formation continue chez des infirmières de soutien à domicile en matière de FIC?
3. Quelle est la satisfaction des infirmières de soutien à domicile au regard des activités de formation continue suivies?
4. Quelles sont les retombées perçues des activités de formation continue suivies dans la pratique clinique des infirmières de soutien à domicile?

Dans l'optique où les participants à l'étude poursuivent des activités de FC, si tel est le cas, répondre à ces questions de recherche permettra 1) de dresser un portrait de la FIC chez des infirmières en soutien à domicile; 2) d'identifier et de mieux décrire ce qui influence l'engagement, la participation et les choix d'activités de FC en matière

de FIC de ces infirmières; 3) de connaître quelle est leur satisfaction par rapport aux activités de FC suivies et finalement 4) d'identifier et de mieux comprendre, selon ces infirmières, quelles sont les retombées de la FIC dans leur pratique professionnelle. Enfin nous pourrions élaborer des recommandations pour améliorer la FIC en soutien à domicile.

4. PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Avec l'ensemble des éléments contextuels, sociaux, empiriques et théoriques que nous avons présentés entre autres sur les changements et les bouleversements des modes de prestations de soins, sur l'efficacité de la FIC, sur les conditions de travail dans les milieux de soins, sur la motivation des infirmières ainsi que sur les enjeux organisationnels, éducationnels et financiers de la FIC, il devient légitime de questionner l'actualisation de cette dernière dans les milieux de soins à partir de la réalité que vivent les infirmières dans leur pratique clinique. Bien que les prises de position que nous avons présentées soient toutes favorables au développement et à l'enracinement d'une culture de formation continue, y compris chez les infirmières, il semble que la réalité quotidienne en soit tout autrement et qu'elle demeure un idéal difficilement atteignable (MELS, 2002).

Deux récentes études s'étant intéressées aux transformations liées aux changements professionnels, organisationnels, démographiques et technologiques soutiennent que ces transformations du réseau de la santé peuvent faire émerger de nouveaux besoins de formation chez les infirmières (Pearson et Care, 2002; Reno et *al.*, 2005). Les conclusions de ces études soutiennent aussi que la FIC devient un pôle majeur pour soutenir les infirmières dans leurs nouveaux rôles. Pourtant, les études traitant de ces sujets particulièrement en soutien à domicile sont inexistantes, d'où la pertinence de s'y intéresser.

Ici, au Québec, les dernières études exploratoires en matière de FIC relèvent des années 1980. Les modèles pertinents à la FIC qui ont été développés ailleurs dans le monde relèvent eux aussi de ces années. Les connaissances que nous avons sur les infirmières en soutien à domicile n'en sont, quant à elles, qu'à leurs premiers balbutiements.

Certes, s'intéresser à identifier les besoins de formation des infirmières s'avère intéressant et pertinent comme le recommandent les auteurs que nous avons cités un peu plus tôt. Mais tant que l'on ignore quelles sont les activités de FC que poursuivent les infirmières, quels sont les facteurs qui influencent leurs choix d'activités de FC et quelles sont les retombées de ces activités de FC dans leur pratique clinique, comment peut-on s'assurer de les soutenir et de développer des programmes et des structures qui répondent à leurs besoins pour ainsi leur permettre d'assumer leurs nouveaux rôles professionnels?

C'est d'ailleurs en partie ce que soutenait en 1996 le Conseil supérieur de l'éducation dans un avis soumis à la ministre de l'éducation « pour un accès réel des adultes à la formation continue ». Cet avis affirmait qu'effectivement, il existe des services de formation continue pour les adultes, quel que soit leur domaine professionnel et qu'un grand éventail d'activités de FC leur est offert, mais qu'en réalité on ne connaît que très peu les activités de FC qui s'inscrivent en dehors d'un cadre scolaire prédéfini :

« Traçant le portrait des pratiques et des services actuels en éducation des adultes, à tous les ordres d'enseignement, le Conseil constate, d'un côté, leur richesse et leur diversité, et de l'autre, leurs difficultés en matière de cohérence organisationnelle, de développement souhaitable, de financement approprié ou d'approche pédagogique adaptée. À ces services proprement scolaires, il faut cependant ajouter plusieurs activités éducatives non scolaires, qu'il importe de mieux connaître et reconnaître, dans

l'optique d'un bon système de formation continue » (Sénéchal, 1996).

Ce passage de cet avis démontre clairement qu'on ne connaît qu'une partie des activités de FC qui existent et que fondamentalement on ignore bon nombre d'autres qui ont pris ou qui prennent actuellement leur essor, notamment avec la venue de nouvelles technologies de l'information en dehors d'un cadre scolaire structuré (Solar, 1995). Il est possible de croire que cette nouvelle réalité rejoint également les infirmières de soutien à domicile. Elles peuvent elles aussi poursuivre des activités de FC s'inscrivant dans un cadre autre que scolaire. Si la tendance veut que l'on améliore l'efficacité de la FIC et que cette dernière exerce un impact positif et encore plus tangible sur la qualité des soins dispensés, ne devient-il pas alors indispensable de développer des programmes qui ont une cohérence organisationnelle, un financement approprié et des approches pédagogiques adaptées? Encore aujourd'hui on méconnaît le rapport à la formation continue des infirmières de soutien à domicile.

En 2012, si l'on veut que les infirmières de soutien à domicile poursuivent des activités de FC leur permettant de mettre à jour leurs connaissances, de maintenir et de développer leurs compétences pour assurer des soins de qualité aux gens malades, ne devient-il pas alors nécessaire d'étudier un tel phénomène d'abord à partir de leur vision des choses : de ce qu'elles font en matière de FIC, des facteurs qui les influencent dans leurs choix d'activités de FC et des retombées perçues de ces activités dans leur pratique clinique? Lorsque nous aurons des réponses à ces questions, peut-être pourrons-nous mieux améliorer (ou même consolider) le développement, la cohérence et le financement des programmes de formation continue destinés aux infirmières de soutien à domicile de même que les approches pédagogiques qui sont mises de l'avant pour dispenser ces derniers.

DEUXIÈME CHAPITRE

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence de la présente recherche repose sur différentes bases conceptuelles. Il s'inspire d'écrits d'experts dans le domaine de la FC et de la FIC, de modèles, d'analyses que nous avons effectuées dans le cadre de travaux ainsi que d'études que nous présenterons plus loin dans le présent chapitre. Dans cette optique, il convient donc de dire que notre recherche repose davantage sur un « cadre conceptuel » ou encore une toile conceptuelle plutôt que sur un « cadre théorique » (Fortin, 2010).

Le plus grand avantage à adopter un cadre conceptuel est sans aucun doute la souplesse qu'il confère dans la découverte ou encore la description de phénomènes peu connus (Fortin, 2010). Il s'agit là d'un cadre souvent utilisé pour des études de niveaux un ou deux¹⁶ pour lesquelles certaines connaissances existent sur le sujet, mais qu'une bonne partie du phénomène à l'étude demeure encore peu exploré. Comparativement à la rigidité d'un cadre théorique, le cadre conceptuel laisse la possibilité au chercheur de poser un regard plus ouvert et plus vaste sur le sujet ou le phénomène à l'étude sans enchâsser sa démarche dans une structure rigide visant davantage l'explication, la prédiction ou encore la causalité, ce qui n'est pas le but poursuivi par des études de niveaux un ou deux. Ce cadre conceptuel que nous avons

¹⁶ Selon Fortin (2010), les études de niveau 1 comprennent des devis généralement exploratoire, descriptif ou encore exploratoire descriptif. Les études de niveau 2 peuvent permettre de découvrir des relations possibles entre les variables ou les facteurs et/ou de décrire la corrélation entre ces facteurs ou variables. Les études de niveau 3, quant à elles, servent plutôt à vérifier des associations entre des variables ou encore à prédire des corrélations. Finalement, les études de niveau 4 permettent généralement d'obtenir des résultats de recherche qui sont issus de devis de recherche quasi expérimentaux ou encore expérimentaux.

élaboré permettra l'amorce de l'opérationnalisation de la recherche, c'est-à-dire le développement du guide d'entrevue, la conduite des entrevues de même que l'analyse de ces dernières.

Le cadre que nous avons élaboré présente dans un premier temps les ambiguïtés conceptuelles relatives à la FC tant en éducation qu'en sciences infirmières. Dans un deuxième temps, il précise les concepts centraux de la recherche. Dans un troisième temps, il présente une recension critique de trois modèles pertinents à la FIC. Finalement, il explicite d'autres facteurs (que ceux présentés dans la recension des écrits) qui peuvent influencer l'engagement, la participation et le choix d'activités en matière de FIC.

1. AMBIGUÏTÉS CONCEPTUELLES SUR LA FORMATION CONTINUE

Plusieurs termes coexistent pour définir la formation continue (FC). On la considère souvent comme étant intimement liée à l'actualisation et au « développement professionnel », au maintien et au renouvellement des compétences, au « perfectionnement », à la « formation en cours d'emploi », à la « formation sur le lieu de travail » ou encore à la « formation sur le tas » pour ne nommer que ces expressions (Gobeil, 1998, p. 9). Le but de la présente section n'est pas d'éliminer ces ambiguïtés conceptuelles, mais plutôt de les soulever et de demeurer sensible aux risques de confusion qui existent lorsque nous parlons de « formation continue », que ce soit en éducation ou encore en sciences infirmières.

À cet effet, en éducation, Brodeur, Deaudelin et Bru (2005) soutiennent qu'il existe une ambiguïté conceptuelle en ce qui a trait au concept même de « formation continue » et aux autres concepts qui lui sont apparentés :

« [...] les écrits sur le développement professionnel (et sur la formation continue) des enseignants recèlent de nombreux glissements conceptuels. À titre d'exemple, les expressions

« développement professionnel » et « formation continue » des enseignants sont souvent confondues. En effet, plusieurs écrits portant sur le développement professionnel traitent en fait de formation continue, c'est-à-dire des interventions susceptibles de favoriser le développement des enseignants ou leurs apprentissages. [...] le développement professionnel est rendu possible par les expériences d'apprentissage naturelles de même que par celles conscientes et planifiées » (Brodeur, Deaudelin et Bru, 2005 p. 7).

Nous sommes aussi d'avis que ce manque de précision constaté en éducation prédispose à des confusions d'ordre conceptuel, théorique et même empirique en ce qui a trait à la FC. À l'heure actuelle on ne peut pas dire que la FC réfère à un concept clairement défini ayant fait l'objet d'un consensus au sein de la communauté scientifique. À cet égard, il devient difficile de circonscrire avec exactitude et d'évaluer la teneur des connaissances qui existent vraiment dans le champ de la FC ou concernant un sujet plus spécifique se rapportant à ce créneau. En éducation, les évidences qui ressortent des écrits sont 1) que la FC semble généralement s'inscrire dans un continuum et 2) qu'elle désigne les activités d'apprentissage poursuivies lorsqu'on a franchi le cap de la formation initiale (Solar, 2002). Il s'agit là des principales idées que nous avons retenues des écrits en matière de FC.

En sciences infirmières, il semble que des efforts aient aussi été déployés dans l'optique de clarifier le concept de « formation continue » ou de « formation infirmière continue » (FIC). Nous présenterons ces écrits de façon plus étoffée dans la section portant sur les concepts principaux de la recherche. Ce que nous avons retenu ici, c'est que la formation continue (ou plutôt FIC) fait partie du développement professionnel infirmier (Lawton et Wimpenny, 2003; Friedman et Phillips, 2004) permettant ainsi la mise à jour des connaissances, le maintien et le renouvellement des compétences de même que l'amélioration continue de la qualité des soins.

Conscients qu'il subsiste encore des zones grises à la fois au sein des experts et dans le langage populaire, il est probable que différentes conceptions de la FC et de la FIC pourront influencer le discours des sujets interviewés. Dans cette optique, pour

clarifier l'orientation de notre recherche, nous définirons la FC ou plutôt la FIC de façon plus précise.

2. CONCEPTS PRINCIPAUX DE LA RECHERCHE

La présente section vise à présenter les concepts principaux de notre étude qui sont la formation infirmière continue (FIC), les activités de formation continue (FC) et l'engagement en matière de FIC.

2.1 Formation infirmière continue (FIC)

La FIC a été définie par quelques auteurs. Bien qu'il existe parfois des similitudes entre ces conceptions, au sein de la discipline elles ne font pas toujours l'objet d'un consensus (Barriball, While et Norman, 1992; Lawton et Wimpenny, 2003).

Dans le cadre de notre projet de recherche, aucune des définitions recensées n'a été en mesure de refléter exactement notre position quant à la nature de la FIC. Nous avons cependant constaté que deux des définitions existantes pouvaient s'apparenter en partie à notre vision. Nous présenterons donc ces deux définitions qui sont pertinentes à la FIC et par la suite, nous présenterons notre propre définition qui sera utilisée pour mener notre étude.

La première définition que nous présentons est celle de McNally (1978). Bien qu'elle relève des années 1970, nous sommes d'avis que cette définition est toujours d'actualité. Pour McNally (1978), la FIC se définit comme étant :

[...] des études académiques formelles de niveau supérieur menant ou non à l'obtention d'un diplôme ou d'une certification. Les études informelles et les activités de formation autonomes menées par le praticien en soins infirmiers constituent elles aussi un moyen de FIC (McNally, 1978, p. 35, traduction libre).

Certes, cette définition comporte quelques ambiguïtés. On ne sait pas ce que signifie pour McNally (1978) les concepts « d'études informelles » et « d'activités de formation autonomes ». Il est important de mentionner que McNally (1978) semble être l'une des premières chercheuses en sciences infirmières à avoir posé les bases conceptuelles et théoriques de la FIC. À cet effet, il est normal que depuis ces écrits, nous ayons connu une évolution du concept de FIC et que nous ne puissions pas adopter de façon intégrale cette définition qu'elle propose. Nous sommes cependant en mesure de comprendre et de constater que pour McNally (1978), la FIC s'articule selon deux pôles : les activités de FC formelles (ex. : les études académiques qui mènent à un diplôme, une certification ou autres) et les activités de FC informelles (ex. : activités de formation autonomes comme les lectures personnelles). Ce sont ces deux pôles que nous avons gardés pour l'élaboration de la définition que nous présenterons un peu plus loin.

Furze et Percy (1999), ont eux aussi tenté de mieux définir la FIC en passant en revue les écrits à ce sujet. Ils ont greffé aux activités dites formelles et informelles apportées par McNally (1978), la notion de « processus continu d'apprentissage après les études initiales ». Cette idée avait été avancée un peu plus tôt par l'ANA (1994). Malgré ces efforts de conceptualisation, la définition de la FIC ne semble pas encore très bien établie et difficile à rendre concrète.

Ce n'est qu'en 2003 que Lawton et Wimpenny (2003) ont été capables de définir un cadre permettant d'opérationnaliser plus clairement la FIC. Pour ces auteurs, la FIC fait partie intégrante du processus de développement professionnel continu de l'infirmière et elle (la FIC) contribue à l'amélioration de la qualité des soins qui sont dispensés par les infirmières. Il s'agit là aussi d'une position commune à la nôtre. C'est dans cette optique qu'ils ont développé une approche plutôt cartésienne. Pour Lawton et Wimpenny (2003), les activités de développement professionnel continu (dont celles de FC) s'inscrivent sur deux axes, l'un permettant de catégoriser le type d'activités allant de « structuré » à « non structuré »; l'autre

déterminant si le besoin de formation continue de l'infirmière touche sa pratique clinique (pôle professionnel) ou encore ses intérêts personnels (pôle individuel). En ce qui concerne, les concepts de « structuré » et de « non structuré », nous nous sommes bien rendus compte qu'ils étaient très similaires aux concepts de « formelles » et d'« informelles » développés plus tôt par McNally (1978). La valeur ajoutée de l'approche cartésienne élaborée par Lawton et Wimpenny (2003) réside dans le fait qu'ils ont identifié le type de besoins de formation continue de l'infirmière à partir d'une perspective personnelle et professionnelle (Figure 2).

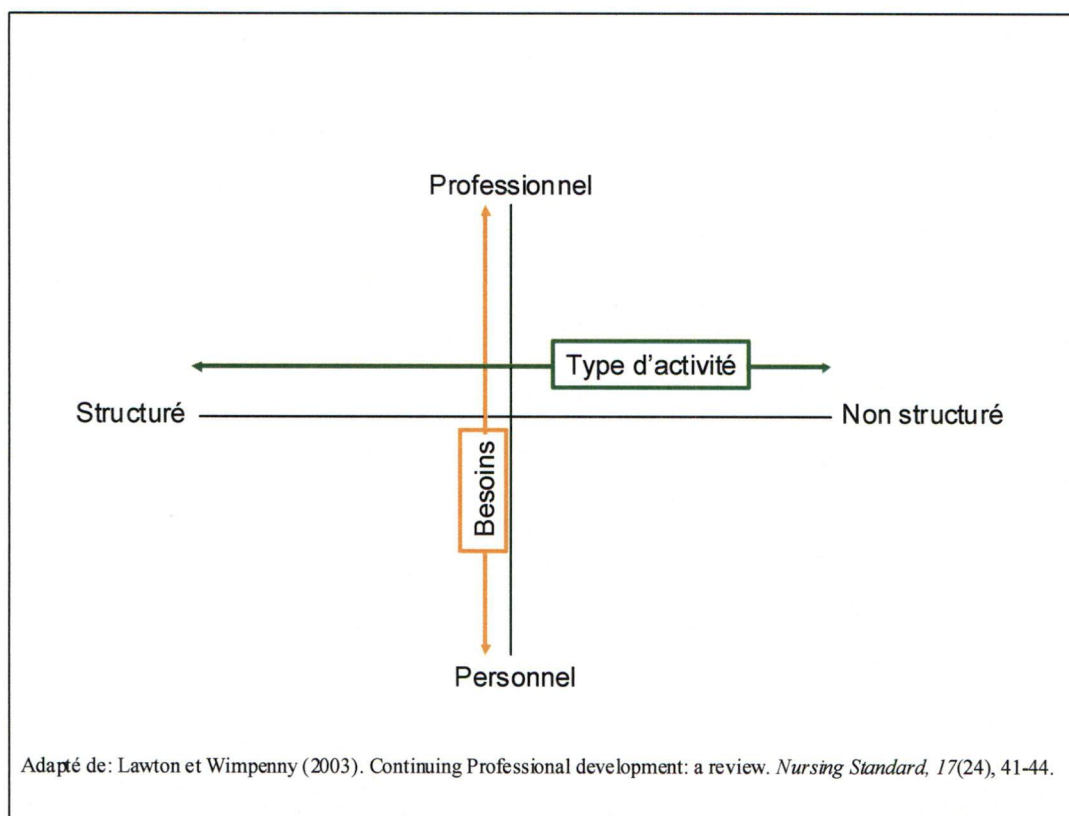


Figure 2 : Approche cartésienne des activités de FC

Dans le cadre de notre recherche, nous avons retenu des éléments distincts, mais complémentaires de chacune de ces deux propositions apportées par McNally (1978) et Lawton et Wimpenny (2003). Nous avons choisi d'utiliser la définition élaborée par McNally (1978) afin de développer une typologie d'activités de FC

(formelle et informelle). Cette typologie s'avèrera pertinente pour mieux identifier et décrire les activités de FC des infirmières de soutien à domicile. Finalement, nous conservons de la revue des écrits de Lawton et Wimpenny (2003), la notion de besoins de formation continue s'inscrivant dans une perspective plus professionnelle ou encore personnelle. Il va aussi s'en dire que la notion de processus d'apprentissage amenée par l'ANA (1994) puis qui a été reprise par Furze et Pearcey (1999) a aussi teinté l'élaboration de notre propre définition.

Après avoir analysé les écrits en matière de conceptualisation de la FIC et avec les connaissances issues des études présentées plus tôt dans la recension des écrits, nous croyons que la FIC devrait se définir comme étant : un processus ininterrompu et permanent dans lequel l'infirmière s'engage activement tout au long de sa vie professionnelle à acquérir de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences par des activités d'apprentissage qui répondent à des besoins personnels ou professionnels. À partir de maintenant dans le projet de recherche, nous considérons que les expressions « formation continue (FC) » et « formation infirmière continue (FIC) » sont des synonymes, dans la mesure où la définition retenue pour ces deux expressions est celle que nous venons tout juste de présenter. Par conséquent, ces expressions peuvent être interchangeables.

2.2 Activités de formation continue (FC)

Il est difficile de définir exactement ce qu'est une activité de FC, sinon qu'il s'agit d'une action visant l'apprentissage par l'acquisition de connaissances et le développement de compétences. Comme nous l'avons mentionné dans la définition de FIC, les activités de FC peuvent être « formelles » ou « informelles ». Les deux

paragraphes de même que le tableau (Tableau 2) qui suivent mettront en lumière ces caractéristiques et présenteront quelques exemples¹⁷.

Tableau 2
Types d'activités de FC et leurs principales caractéristiques

Types	Caractéristiques	Exemples
Activité formelle	<p>Donne accès soit à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un diplôme; • des UEC ou UFC (unités d'éducation ou de formation continue); • une certification. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cours universitaire post formation initiale; • Programme de certification de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.
Activité informelle	<ul style="list-style-type: none"> • est non reconnue formellement à l'extérieur de l'organisation; • peut être associée au savoir d'expérience (tacite), aux échanges, partage et à la collaboration; • est retrouvée le plus souvent dans les milieux de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Midi-conférence; • Lecture d'un article scientifique.

¹⁷ Dans le cadre d'un travail dirigé que nous avons effectué en 2007, nous avons procédé à l'exercice de préciser davantage quelles sont les caractéristiques théoriques qui définissent plus précisément les activités de FC dites « formelles » et celles dites « informelles ».

Une activité de FC est dite « formelle » lorsqu'elle peut donner accès à un diplôme, être reconnue par des unités de formation ou d'éducation continue (UFC ou UÉC) ou encore mener à une certification¹⁸ (Binamé, 2005). La poursuite d'un cours universitaire ou collégial *post* formation initiale même hors programme est un exemple d'activité de FC formelle.

Une activité de FC est dite « informelle » lorsqu'elle ne rencontre pas les critères que nous avons énoncés précédemment pour définir l'activité d'apprentissage formelle. De façon générale, l'activité informelle n'est pas reconnue à l'extérieur de l'organisation où elle a été dispensée. Elle est fréquemment associée au savoir tacite, au partage et aux échanges entre les infirmières, qu'elles aient de l'expérience ou qu'elles soient débutantes (Eraut, 2004). Nous avons aussi constaté qu'il s'agit du type d'activité le plus présent dans les milieux de soins. Il (ce type d'activité) valorise « l'autoformation »; c'est-à-dire apprendre par soi-même (Binamé, 2005). Dans cette optique, les infirmières mettent donc de l'avant des moyens pour répondre à leurs besoins de formation (ou d'apprentissage). La lecture personnelle d'un ouvrage scientifique tel un article de recherche, la formation dispensée sur les unités de soins par les monitrices cliniques ou les midis conférences sont tous des exemples d'activités d'apprentissage informelles.

Les activités d'apprentissage mises de l'avant par les infirmières s'inscrivent donc dans des activités de type formel ou informel. Il est important de souligner que les caractéristiques qui ont été associées à ces types d'activités proviennent de notre propre analyse basée sur notre connaissance des milieux de soins et qu'il ne s'agit pas là d'un consensus qui a été établi.

¹⁸ Il ne faut pas confondre certification et attestation de participation. L'attestation de participation souligne la présence d'un individu à une activité, alors que la certification reconnaît le développement d'une compétence ou encore l'acquisition de connaissances qui ont fait l'objet d'une évaluation formative ou sommative, selon le cas.

2.3 Engagement en matière de FIC

Finalement, le dernier concept que nous souhaitons définir est l'engagement en matière de FIC. Dans notre revue des écrits, nous avons trouvé peu d'éléments en sciences infirmières et en sciences de l'éducation pour bien définir ce concept. C'est plutôt du côté de la sociologie que nous nous sommes tourné pour arriver à mieux décrire l'engagement. Becker (2006) traite de l'engagement à partir du concept de cohérence. Pour cet auteur, l'engagement se définit essentiellement par la cohérence entre les pensées, le ressenti et les actions d'un individu au regard d'un objet ou d'une situation donnée dans laquelle il assume une responsabilité. Nous avons poussé plus loin nos recherches en explorant l'engagement, mais cette fois-ci sous l'angle du professionnel, soit l'engagement professionnel. En sciences de l'éducation, Duchesnes, Savoie-Zajc et St-Germain (2005) ont défini l'engagement professionnel chez les enseignants selon trois approches : psychologique, sociale et existentielle. Sommairement, l'approche psychologique renvoie aux croyances et aux valeurs de l'individu; l'approche sociale aux attitudes de l'individu par rapport à son environnement et l'approche existentielle au sens et à la cohérence de divers aspects (épanouissement personnel, motivation, désir de réussite, etc.). Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de définir l'engagement des infirmières en matière de FIC selon trois dimensions. La première réfère aux attitudes et aux comportements de l'infirmière qui sont favorables à la FIC et qui en montrent son importance. La deuxième réfère au sens des responsabilités. Il s'agit en fait, de la reconnaissance de sa responsabilité, comme infirmière, en matière de FIC. Enfin, la troisième dimension renvoie aux initiatives et aux actions mises de l'avant pour mettre à jour ses connaissances et pour développer ses compétences. Il est aussi essentiel de préciser que pour nous, l'ensemble de ces trois dimensions doivent présenter une cohérence entre eux (c'est-à-dire avoir des attitudes positives au regard de la FIC, reconnaître sa responsabilité en matière de FIC et poser des actions pour mettre à jour ses

connaissances et pour développer ses compétences) pour affirmer faire preuve d'engagement en matière de FIC.

3. RECENSION CRITIQUE DE MODÈLES PERTINENTS À LA FIC

En complémentarité aux définitions des concepts principaux de la recherche, nous croyons important de présenter ici une courte recension critique de modèles qui sont pertinents à la FIC. Les modèles que nous avons choisis de présenter sont ceux qui sont les plus pertinents aux questions de recherche que nous avons formulées plus tôt dans la problématique. Tirant leurs origines des soins infirmiers et de l'éducation¹⁹, ces modèles deviennent donc des plus importants pour notre sujet d'étude. Dans les paragraphes qui suivent, nous présenterons les modèles : (1) de Hegge (1985), (2) de Cervero (1985) et (3) de l'American Nurses Association (ANA) (1994). Nous critiquerons aussi sommairement chacun d'eux en fonction de leur plus grande force et limite. Sans avoir été retenus dans leur intégralité comme cadre de référence dans la présente recherche, ces modèles permettront quand même de préciser et de mieux définir en partie les grands thèmes et les orientations de la recherche. Ils servent en quelque sorte de bases conceptuelles préliminaires à notre projet sans que nous nous y soyons restreints.

3.1 Modèle de Hegge (1985)

Le modèle de Hegge (1985) vise à guider l'infirmière dans sa « démarche d'apprentissage autodirigée » de FIC par le biais d'une approche davantage individuelle et réflexive (*Figure 2*). Ce modèle comprend quatre étapes.

¹⁹ La majorité des auteurs ayant développé ces modèles étaient diplômés dans un premier temps dans le domaine des soins infirmiers et par la suite, avaient poursuivi des études supérieures dans le domaine de l'éducation.

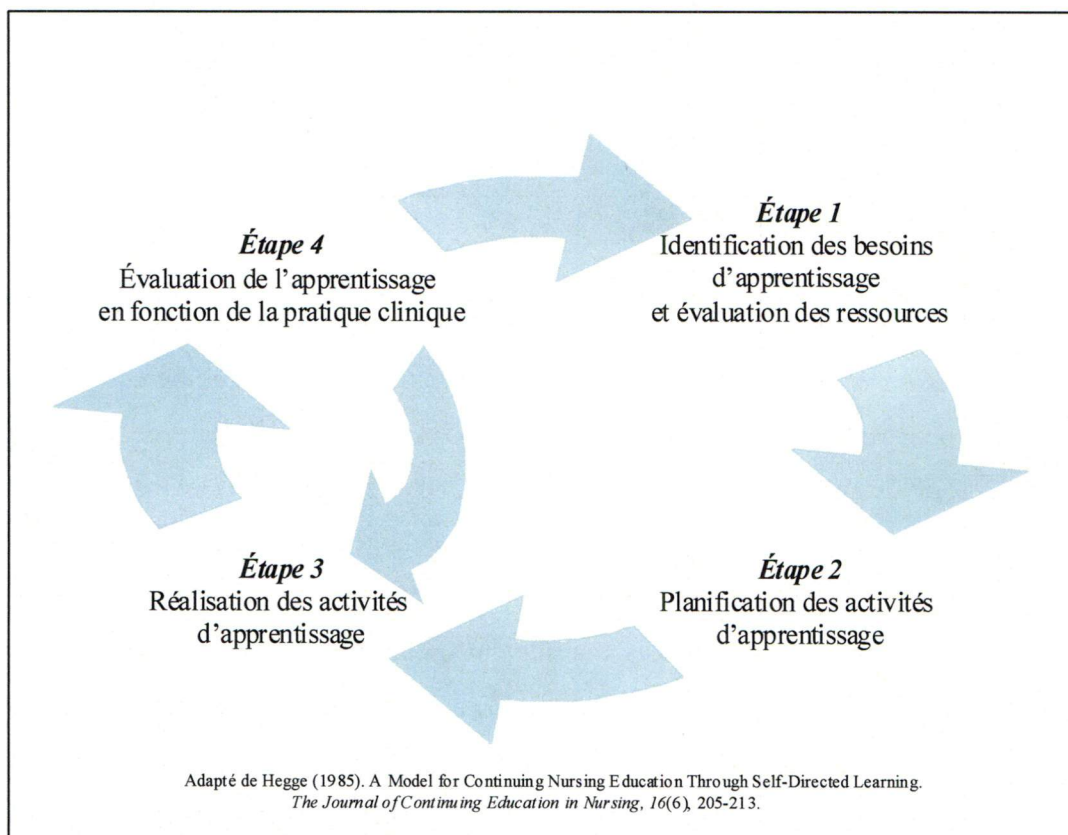


Figure 3 : Modèle de Hegge (1985)

À la première étape, l'infirmière identifie ses besoins d'apprentissage et évalue les ressources dont elle dispose pour répondre à ses besoins (Hegge, 1985). Elle détermine aussi quelle est sa motivation à s'engager dans le processus de mise à jour continue de ses connaissances. Elle évalue finalement la pertinence de son sujet de formation de même que les éléments qui la poussent à vouloir acquérir de nouvelles connaissances. Ces éléments peuvent entre autres être une situation de crise vécue en milieu de travail, un sentiment d'inefficacité à bien remplir son rôle ou encore un changement de rôle.

La deuxième étape du modèle sert à planifier les activités d'apprentissage (Hegge, 1985). L'infirmière précise les objectifs qu'elle souhaite atteindre par le biais de la FIC, elle sélectionne le moyen de formation qui la rejoint le plus (ex. : lectures

dirigées, consultation de références électroniques, colloques, cours magistral) tout en tenant compte des ressources dont elle dispose et qui sont susceptibles de la soutenir dans sa démarche.

La troisième étape, quant à elle, consiste à réaliser les activités d'apprentissage (ou de FC) (Hegge, 1985). L'infirmière assiste au cours qu'elle a sélectionné, elle effectue la lecture scientifique qu'elle a recherchée ou autres et ce, en fonction de l'identification de son besoin de formation et du meilleur moyen mis à sa disposition pour y répondre. Pendant qu'elle acquiert ses nouvelles connaissances, l'infirmière doit être en mesure de se questionner sur la façon dont elle utilisera ces dernières dans sa pratique clinique quotidienne pour améliorer la qualité des soins qu'elle prodigue.

Finalement, la quatrième et dernière étape du modèle est consacrée à l'évaluation (Hegge, 1985). À cette étape, l'infirmière devrait être en mesure de déterminer : 1) quelles sont les connaissances qu'elle a acquises, 2) comment l'activité de formation qu'elle a suivie lui a permis de répondre à son besoin initial d'apprentissage et 3) comment les nouvelles connaissances acquises ont été intégrées à sa pratique clinique quotidienne. Dans l'éventualité où la formation suivie n'a pas répondu au besoin d'apprentissage initial exprimé par l'infirmière, cette dernière doit revoir ou bien l'identification de son besoin (retour à l'étape 1 du modèle) ou bien les activités qu'elle a choisies et suivies pour répondre à son besoin (retour à l'étape 3 du modèle) ou à la fois l'ensemble de tous ces éléments pour réajuster le processus et arriver au résultat escompté. Après avoir complété l'ensemble de ces étapes, l'infirmière doit dresser un bilan de son expérience d'apprentissage et apporter les changements nécessaires qui lui permettront de répondre à ses besoins.

La limite que nous avons soulevée pour ce modèle est qu'il n'a pas été validé par la recherche et qu'il est plus ou moins explicite quant aux éléments qui sont extérieurs à l'infirmière et qui peuvent influencer sa démarche d'apprentissage

autodirigée. La plus grande force du modèle est qu'il décrit en circularité et par étapes le processus que devrait suivre l'infirmière pour assurer adéquatement et efficacement la mise à jour de ses connaissances et ce, de façon autonome.

3.2 Modèle de Cervero (1985)

Cervero (1985) a aussi élaboré un modèle pertinent à la FIC. Il compte six dimensions. Certains liens bidirectionnels entre des dimensions du modèle créent un effet de circularité entre ces dernières alors que d'autres liens unidirectionnels suggèrent un effet linéaire entre deux dimensions (Figure 4).

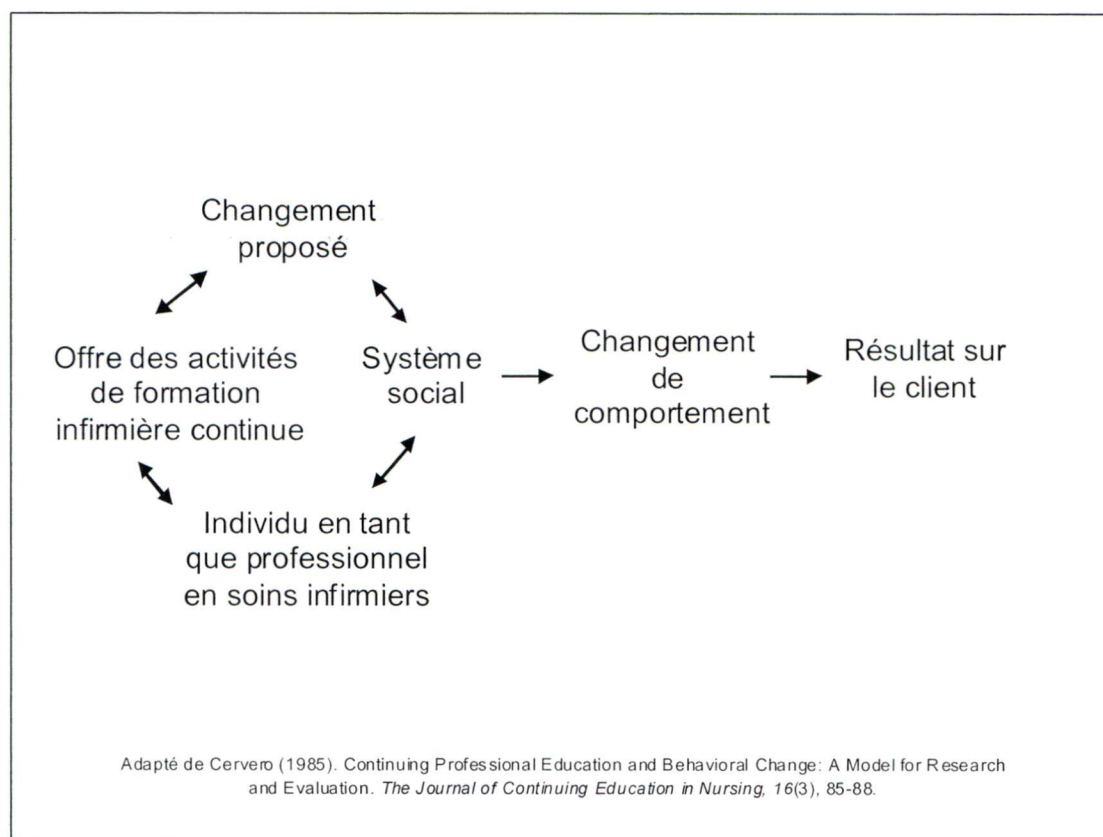


Figure 4 : Modèle de Cervero (1985)

L'individu en tant que professionnel en soins infirmiers représente la première dimension du modèle de Cervero (1985). Cette dimension précise que l'infirmière possède des caractéristiques qui lui sont propres. Sa façon d'apprendre, sa

situation de vie, ses expériences, sa motivation de même que ses aspirations sont autant d'éléments qui l'influenceront dans sa détermination à poursuivre ou non une démarche de mise à jour s'inscrivant dans une offre de formation. L'offre de formation de même que le milieu de travail (appelé système social) pourront eux aussi influencer l'infirmière.

L'offre des activités de FIC²⁰ constitue la deuxième dimension du modèle (Cervero, 1985). Il s'agit de l'ensemble des possibilités qui sont mises à la disposition de l'infirmière afin qu'elle choisisse des activités qui conviennent à ses besoins et qui correspondent à sa façon d'apprendre. Cette offre de formation devient l'une des façons, pour l'infirmière, d'intégrer les « changements proposés » dans sa pratique.

Le changement proposé, qui représente la troisième dimension du modèle de Cervero (1985), est associé à l'adoption de nouvelles façons de faire pour l'infirmière. Ces nouvelles façons de faire, qui devraient guider l'infirmière dans sa pratique, découlent de standards de pratique reconnus ou encore de normes souvent issues de résultats probants ou encore de consensus d'experts. L'infirmière peut être sensibilisée au changement proposé de deux façons. La première, comme nous l'avons vue, est par l'offre des activités de FIC, tandis que la seconde est via le système social.

Le système social est la quatrième dimension du modèle de Cervero (1985). Il englobe les équipes de travail et l'environnement (ou le milieu) dans lequel l'infirmière exerce sa profession. Si l'on veut exercer une influence positive sur l'infirmière afin qu'elle s'adapte à l'innovation et qu'elle intègre le « changement proposé » à sa pratique clinique, le milieu doit être favorable à ce changement et il

²⁰ Traduit de l'expression anglophone « *Nursing continuing education activity* ».

doit lui aussi s'adapter. L'une des façons de favoriser un système social exerçant une influence positive sur l'infirmière est que les gestionnaires et les formateurs créent des alliances avec les leaders des équipes de travail. Le système social devient le lien intermédiaire entre l'infirmière dans son individualité (c.f. : « individu en tant que professionnel en soins infirmiers ») et l'amélioration de sa pratique par le changement et le maintien de nouveaux comportements (c.f. : « changement de comportement »).

Le changement de comportement, la cinquième dimension du modèle de Cervero (1985), se définit comme l'adoption d'une nouvelle façon de faire par l'infirmière. Il ne s'agit plus d'une proposition de changement, mais plutôt de l'adoption de ce changement. C'est à ce moment que l'infirmière passe généralement de la réflexion à l'action si son système social est favorable à l'adoption de ce changement.

Le résultat sur le client, la sixième et dernière dimension du modèle, est associé à la qualité des soins que prodigue l'infirmière aux clients. Selon Cervero (1985), si l'infirmière s'efforce de changer ses comportements, notamment en intégrant à sa pratique clinique les nouvelles connaissances découlant du changement proposé, elle sera davantage en mesure de prodiguer au client un soin de meilleure qualité; étant donné que l'offre des programmes de FIC devrait essentiellement reposer sur des résultats probants et des pratiques exemplaires de soins.

La principale force du modèle de Cervero (1985) est sans contredit ses dimensions multiples (ex. : individu en tant que professionnel en soins infirmiers, système social, etc.). Partant de l'offre des activités de FIC et se rendant jusqu'au résultat sur le client, cette conception novatrice amène une vision plus intégrée et plus systémique de la FIC. Là où le modèle de Cervero (1985) pose une limite importante, c'est en ce qui a trait à l'influence du milieu qui semble majeure dans l'adoption d'un nouveau comportement par l'infirmière. Pour Cervero (1985), le système social est le passage inévitable à prendre pour que l'infirmière adopte un nouveau comportement.

Mais est-ce vraiment dans tous les cas, notamment quand l'infirmière exerce la profession de façon plus autonome et isolée comme en soutien à domicile? Le milieu constitue-t-il vraiment la voie obligée pour l'adoption d'un nouveau comportement? On ne peut pas réellement répondre à cette question, mais le modèle de Cervero (1985) repose sur l'une de ces prémisses.

3.3 Modèle de développement professionnel de l'American Nurses Association (ANA) (1994)

Bien que le modèle de l'ANA (1994) ne s'inscrive pas spécifiquement dans le champ de la FIC, mais dans celui plus large du développement professionnel infirmier, il semble être le premier à arrimer de façon plus harmonieuse l'ensemble des dimensions à la fois personnelles (comme les a élaborées Hegge (1985) dans son modèle) et externes, sociales ou environnementales (comme les a élaborées Cervero (1985)); d'où la pertinence de lui accorder une attention particulière. Le modèle de l'ANA (1994) compte cinq composantes principales (Figure 5) qui semblent s'influencer à tour de rôle.

La première composante du modèle de l'ANA (1994) se définit par les facteurs environnementaux qui font référence aux éléments de contexte et aux rapports sociaux qui caractérisent les milieux organisationnel et professionnel dans lesquels évolue l'infirmière. Pour l'ANA, (1994), les facteurs environnementaux peuvent être liés à des changements démographiques; à des caractéristiques culturelles; à des systèmes de prestation de soins; à l'évolution et au développement des connaissances et aux besoins, priorités et transformations organisationnels.

La deuxième composante du modèle réfère aux caractéristiques de l'apprenant qui constituent les facteurs intrinsèques propres à la personne (ANA, 1994). Il semblerait que ces caractéristiques influencent l'infirmière dans le choix des activités de FIC qu'elle poursuivra. Elles réfèrent entre autres au style

d'apprentissage, au niveau d'éducation, à l'expérience, au bagage culturel et à la motivation de l'infirmière.

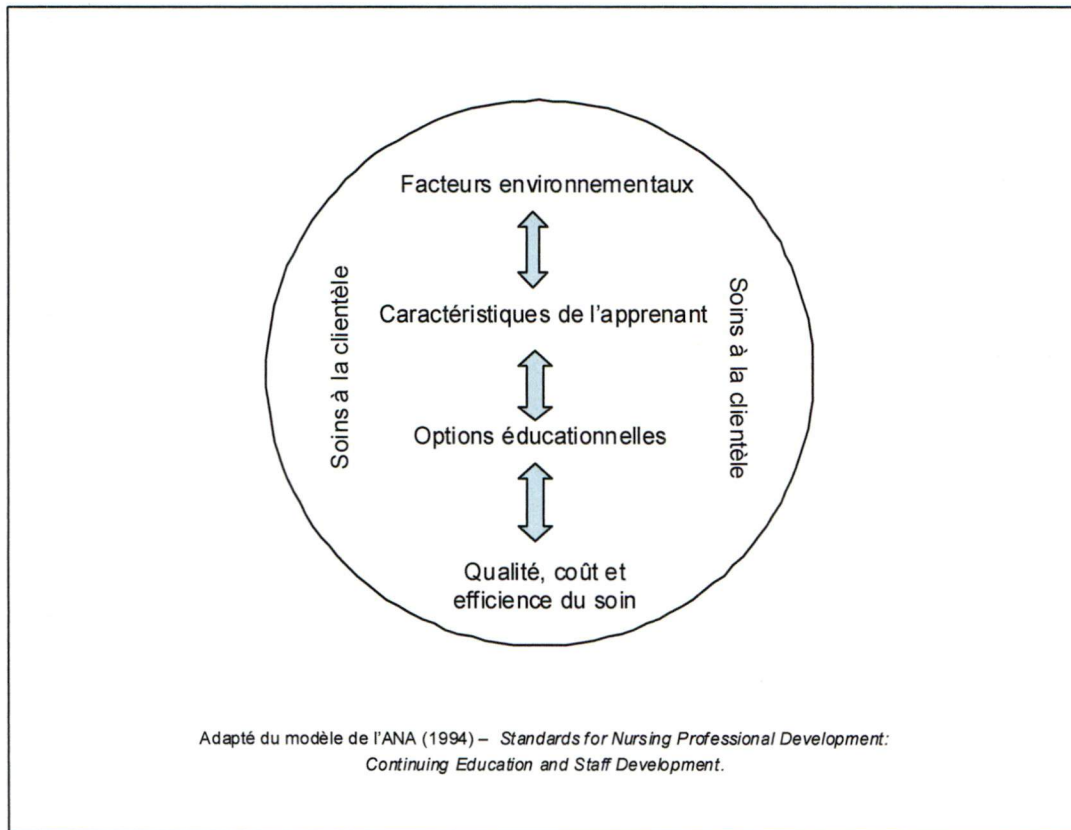


Figure 5 : Modèle de l'ANA (1994)

La troisième composante du modèle comprend les options éducationnelles. Elles se définissent comme étant les moyens qui sont mis à la disposition de l'infirmière afin qu'elle puisse répondre ou combler ses besoins d'apprentissage (ANA, 1994). Ces moyens sont la formation académique, la formation continue, le développement professionnel dans l'exercice de sa fonction (l'expérience et l'expertise), les activités de recherche, la consultation professionnelle, la lecture personnelle ainsi que les activités d'apprentissage autodirigées.

La quatrième composante du modèle est la qualité, le coût et l'efficacité du soin. Elle comprend l'ensemble des activités poursuivies par les infirmières qui

s'inscrivent dans le développement professionnel infirmier et qui contribuent à améliorer la qualité des soins et à réduire les coûts liés au manque de compétences et de connaissances (ANA, 1994).

La plus grande force de ce modèle est qu'il englobe à la fois les dimensions personnelles et professionnelles de l'infirmière ainsi que les dimensions qui lui sont davantage externes (sociales et environnementales), mais qui exercent également une force d'influence sur le processus de développement professionnel infirmier. Même s'il nous apparaît comme étant intégrateur, ce modèle n'a toutefois pas été validé par le biais de recherches, ce qui constitue une limite que nous devons prendre en considération.

En résumé, le modèle de Hegge (1985) présente une approche davantage individuelle et réflexive de la FIC qui comprend l'identification et la prise en considération de facteurs, de ressources et de besoins d'apprentissage dans le but de produire des retombées dans la pratique clinique. Le modèle de Cervero (1985), lui, tend à positionner la FIC comme une dimension qui est influencée et qui influence d'autres facteurs comme le système social en nous renseignant sur ce qui peut faciliter ou entraver l'intégration de la FIC dans le but de produire un changement de comportement chez l'infirmière modifiant ainsi sa pratique. Ultimement, le modèle de Cervero (1985) s'intéresse au résultat sur le client, ce qui peut aussi s'apparenter aux « retombées dans la pratique » du modèle de Hegge (1985). Le modèle de l'ANA (1994) présente lui aussi quelques-unes de ces similarités. Il permet notamment de voir plus largement le type de facteurs qui peuvent influencer le choix de participation à la FIC. Il intègre des dimensions similaires aux deux autres modèles telles la démarche réflexive du modèle de Hegge (1985) par le biais des caractéristiques des apprenants (ANA, 1994); le système social du modèle de Cervero (1985) par le biais, par exemple, des facteurs environnementaux (ANA, 1994) ainsi que le résultat sur le client (Cervero, 1985) par la qualité, le coût et de l'efficacité du soin (ANA, 1994). On peut donc dire que ces modèles, bien qu'ils aient des

différences, se rejoignent dans leur finalité qui est l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers dispensés.

Comme nous pouvons le constater, les modèles présentés dans la recension critique comprennent des dimensions qui sont en lien avec les questions de recherche auxquelles nous tenterons de trouver des réponses. Mais avec les nouvelles réalités de pratique des infirmières, et surtout avec l'essor que connaissent le développement et l'expansion de la pratique infirmière en soins à domicile en raison des changements et des transformations du réseau de la santé et services sociaux, ces modèles conceptuels et théoriques permettent-ils encore d'analyser et de comprendre en profondeur le processus de FIC de ces infirmières, tel que nous nous proposons de le faire?

4. FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'ENGAGEMENT, LA PARTICIPATION ET LE CHOIX D'ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE (FC) EN MATIÈRE DE FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC)

Même si nous sommes d'avis que les fondements des modèles que nous avons présentés soient toujours pertinents à notre sujet d'étude, nous avons pu constater que des recherches s'inscrivant dans un créneau similaire à celui des modèles ont été réalisées. Ces études ne se sont toutefois pas intéressées à identifier directement les facteurs qui peuvent influencer le choix d'activités de FC d'infirmières en soutien à domicile ni leur engagement et leur participation. Or, on peut quand même penser que ces mêmes facteurs qui ont été identifiés et décrits dans le cadre de ces recherches et qui sont liés soit à des motifs psychologiques, à l'environnement, au processus d'apprentissage, etc. pourraient aussi être pertinents à la réalité d'infirmières en soutien à domicile. Les paragraphes qui suivent s'intéressent à ces études complémentaires aux modèles liés à la FIC. Ils ont pour but de faire ressortir les facteurs personnels puis les facteurs externes identifiés dans les écrits (en éducation et en sciences infirmières) qui pourraient influencer l'engagement

et la participation des infirmières de soutien à domicile à suivre des activités de FC ou encore leurs choix d'activités de FC.

4.1 Facteurs personnels

La personne possède des caractéristiques qui lui sont propres. Plusieurs auteurs se sont intéressés à ces dernières, surtout sous l'angle de la motivation à poursuivre des activités de FC. Charlier (2002, p. 127), soutient que ces caractéristiques qu'il nomme « variables individuelles » sont présentes chez l'individu avant et en dehors de la formation qu'il suit.

Dans la présente recherche, nous nous intéressons notamment aux facteurs personnels qui peuvent exercer une influence sur les infirmières de soutien à domicile; que ces facteurs soient liés à leur engagement, à leur participation ou encore à leurs choix d'activités de FC en matière de FIC. Bien que les modèles de Cervero (1985) et de l'ANA (1994) puissent contribuer à définir en partie les facteurs personnels en considérant « l'infirmière comme une professionnelle en soins infirmiers » (Cervero, 1985) et les « caractéristiques des apprenants » comme étant propres à chacun des individus (ANA, 1994), il n'en demeure pas moins que d'autres écrits plus récents peuvent nous aider à définir plus précisément ce que sont les facteurs personnels.

Effectivement, quelques écrits que nous avons recensés permettent de dégager trois thèmes principaux qui pourraient préciser ce que sont les facteurs personnels. Ces trois thèmes sont 1) les motifs psychologiques, 2) le processus d'apprentissage et 3) les expériences. Ces trois thèmes serviront à regrouper les autres concepts leur étant apparentés que nous avons pu identifier dans les écrits (Tableau 3).

Tableau 3

Auteurs s'étant intéressés aux facteurs personnels

Thèmes principaux	Auteur(s)/Année	Concepts apparentés dans les écrits
Motifs psychologiques	Duquette (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation à apprendre; • Estime de soi; • Besoin d'appartenance; • Besoin de réalisation.
	Tassone et Heck (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • Désir d'apprendre; • Motivation intrinsèque; <ul style="list-style-type: none"> ○ Curiosité intellectuelle; ○ Ambition personnelle;
	Nolan et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de ne pas être reconnue (approche impersonnelle); • Motivation; • Désir d'avancement professionnel.
	Billett (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement; • Perception de l'utilité des apprentissages.
Processus d'apprentissage	Nolan et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute des besoins individuels de FIC des infirmières; • Réponse donnée aux besoins de FIC des infirmières.
	Charlier (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Habiletés cognitives et métacognitives.
	Hugues (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie dans l'apprentissage; • Besoins personnels de FIC; • Apprentissage continu.
	Billett (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités individuelles d'apprentissage; • Perceptions et interprétations personnelles.

Expériences	Charlier (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience professionnelle; • Étape de carrière.
	Billet (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Expériences de vie.
Contraintes personnelles	Watson (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts associés à la participation à des activités de FC; • Manque de temps.

4.1.1 Motifs psychologiques

Les motifs psychologiques sont les raisons rationnelles et affectives qui peuvent influencer les décisions ou les choix faits par l'infirmière en ce qui a trait à sa formation continue. Duquette (1983) a été le premier dans les années 1980, au Québec, à s'intéresser à ces motifs. Pour Duquette (1983), la motivation à apprendre, l'estime de soi, les besoins d'appartenance et de réalisation peuvent être les éléments moteurs qui incitent l'infirmière à vouloir poursuivre des activités de FC. Maintenant, pouvons-nous croire que ces facteurs peuvent aussi influencer le choix des activités de FC des infirmières? Nous le saurons lors des entrevues avec les infirmières de soutien à domicile.

De leur côté, Tassone et Heck (1997) soutiennent que les professionnels de la santé ont le désir d'apprendre de nouvelles connaissances et qu'ils sont motivés. Cette motivation, lorsqu'elle est intrinsèque à la personne, provient notamment de sa curiosité intellectuelle et de son ambition à se surpasser comme professionnel. Ces chercheurs soutiennent que la motivation peut aussi provenir de sources externes à l'individu. Nous y reviendrons un peu plus tard dans la section qui porte sur les facteurs externes.

Nolan et ses collaborateurs (2000), quant à eux, déplorent que les organisations de soins tendent vers le développement de programmes ou d'activités

de FC standardisés et déployés à grande échelle dans les milieux de soins répondant plus souvent qu'autrement aux besoins de l'organisation et non aux besoins de l'infirmière. Cette approche pourrait même contribuer à créer chez les infirmières l'impression de ne pas être reconnues. Il est aussi de l'avis de ces auteurs que cette approche impersonnelle ne favoriserait pas l'intérêt ni la motivation ni le développement professionnel de l'infirmière.

Finalement, Billett (2008) soutient que ce qui pousse l'infirmière à vouloir poursuivre des activités de FC est l'engagement avec lequel elle est prête à s'investir. Pour que l'individu fasse preuve d'engagement dans sa formation (qu'elle soit initiale ou continue), il doit avoir la perception que les connaissances qu'il acquiert lui seront utiles dans sa pratique clinique. Autrement dit, si la personne ne comprend pas ou ne perçoit pas l'utilité de ce qu'elle est en train d'apprendre, les chances qu'elle soit motivée et engagée à poursuivre sa démarche de formation et à intégrer ses nouvelles connaissances dans son travail de tous les jours deviennent alors faibles.

Voilà donc comment sont identifiés et décrits les principaux motifs psychologiques qui pourraient influencer la FIC des infirmières de soutien à domicile. Après les motifs psychologiques, il semble que l'autre thème le plus important et en lien avec les facteurs personnels soit le processus d'apprentissage.

4.1.2 Processus d'apprentissage

Le processus d'apprentissage est vaste. Il comprend à la fois les dimensions cognitives et affectives qui touchent la formation continue de l'infirmière et qui sont propres à son acquisition de connaissances et au développement de ses compétences. Pour Nolan et ses collaborateurs (2000), le défi de la FIC réside essentiellement dans la recherche de l'équilibre entre la réponse aux besoins de l'organisation et la réponse aux besoins individuels de l'infirmière ainsi que dans les stratégies mises de l'avant

pour répondre à ces besoins. Ils mettent aussi l'accent sur l'importance d'entendre et d'écouter les besoins manifestés par l'infirmière.

Pour Charlier (2002), les habiletés cognitives et métacognitives de l'individu sont aussi déterminantes dans le processus d'apprentissage. Effectivement, on peut penser par exemple, qu'une infirmière qui n'a pas le réflexe de se questionner sur sa pratique ou qui, au contraire, adopte une approche réflexive dans sa pratique posera un regard différent sur sa FC en tant que processus d'acquisition de connaissances et de développement de ses compétences. Il est aussi important de souligner que les personnes apprennent de façons différentes les unes des autres. Il va donc de soi que les activités de FC offertes devraient être diversifiées en termes de modes d'apprentissage et d'approches pédagogiques mises de l'avant.

Hugues (2005) affirment que les infirmières sont des apprenantes autonomes qui savent identifier leurs besoins de formation et mettre de l'avant des moyens pour acquérir les connaissances (et compétences) qui sauront répondre à leurs besoins. Pour ces auteurs, l'apprentissage continu est au cœur du développement professionnel de l'infirmière.

Pour Billet (2008), le processus d'apprentissage de l'infirmière est influencé par ses capacités individuelles, ses perceptions et son interprétation personnelles de l'environnement et de la situation qui l'entourent. Autrement dit, si l'infirmière croit qu'elle est en mesure de poursuivre des activités de FC et si elle a une perception positive de cette dernière, elle aura tendance à participer davantage à ces activités qui s'offrent à elle et à potentialiser le transfert des connaissances qu'elle aura acquises dans sa pratique clinique.

4.1.3 Expériences

Après les motifs psychologiques et le processus d'apprentissage, viennent les expériences. En effet, s'il existe un élément qui soit propre à chacune des personnes, et bien ce sont sans aucun doute les expériences, qu'elles s'enracinent dans la vie de tous les jours ou encore dans la vie professionnelle de l'individu (Billet, 2008; Charlier, 2002). À la lumière des experts dans le domaine, nous savons que les expériences des individus façonnent leur façon d'apprendre et leurs perceptions des choses. Dépendamment de leur étape de carrière et de leur bagage personnel de vie, les personnes auront des perceptions, des besoins et des façons d'apprendre qui pourront être différents.

4.1.4 Contraintes personnelles

Le dernier élément relatif aux facteurs personnels que nous avons pu identifier dans les écrits est associé aux contraintes personnelles qui empêchent l'infirmière de participer à des activités de FC (Watson, 2004). Ces contraintes sont principalement associées aux coûts qu'elle doit déboursier de même qu'au manque de temps pour participer aux activités de FC. Il pourrait arriver, par exemple, que la situation familiale de l'infirmière fasse en sorte qu'elle ne choisisse pas les mêmes activités de FC que sa collègue qui vit dans un contexte familial différent (ex. : une journée de formation continue pour une infirmière mère de famille signifie qu'elle aura peut-être à prévoir des éléments inhabituels : organisation du transport²¹, garderie pour les enfants, ajustement du budget mensuel pour se permettre d'assister à

²¹ La distance géographique et l'accès aux technologies de l'information sont des éléments pertinents aux contraintes personnelles. Ils ont été traités dans la recension des écrits.

un congrès, absence au travail qui ne sera peut-être pas rémunérée, etc.) (Ellerton et Curran-Smith, 2000).

Des facteurs autres que personnels pourraient également exercer une influence sur la participation, l'engagement et les choix d'activités de FC en matière de FIC des infirmières de soutien à domicile. Nous considérons ces autres facteurs comme étant externes à l'infirmière. Ils sont parfois aussi appelés variables relationnelles²² et situationnelles²³ (Charlier, 2002).

4.2 Facteurs externes

Effectivement, en plus des facteurs personnels, d'autres facteurs que nous avons appelés « facteurs externes » pourraient influencer l'engagement et la participation des infirmières à suivre des activités de FC ou encore leurs choix d'activités de FC. Par « facteurs externes », nous entendons des éléments et des caractéristiques qui ne relèvent pas de la personne ni des aspects relatifs à sa situation familiale. Il s'agit de caractéristiques qui lui sont extérieures, mais qui peuvent l'influencer dans ses choix et ses décisions personnelles et/ou professionnelles. À titre d'exemples, Bourgeois (1991) et Charlier (2002) ont identifié certaines variables qui peuvent influencer la FC. Les objectifs des activités de FC, le contexte organisationnel et professionnel, l'environnement de travail et sa disposition à changer, la gestion de la formation comprenant entre autres les approches pédagogiques ainsi que le financement sont des éléments qui ont été identifiés en éducation.

²² Réfèrent à la dimension sociale des facteurs extrinsèques.

²³ Réfèrent à l'environnement et aux structures organisationnelles des facteurs extrinsèques.

Selon les écrits existants, nous croyons que quatre thèmes principaux se dégagent pour identifier et décrire les facteurs externes qui pourraient potentiellement exercer une influence sur les infirmières de soutien à domicile. Ces quatre thèmes sont 1) l'environnement, 2) le soutien de l'employeur (ou du gestionnaire), 3) les exigences professionnelles et finalement 4) les besoins des clientèles. Ces quatre thèmes serviront à regrouper les autres concepts leur étant apparentés que nous avons pu identifier dans la littérature. Le Tableau 4 présente les principaux facteurs externes potentiels que nous avons pu identifier dans les écrits.

Tableau 4

Auteurs s'étant intéressés aux facteurs externes

Thèmes principaux	Auteur(s)/Année	Concepts apparentés dans les écrits
Environnement	Duquette (1983); Beatty (2000); Watson (2004); Dean (2004); Bahn (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu de travail : <ul style="list-style-type: none"> ○ Conditions de travail dans les milieux de soins (horaires de travail inflexibles, modalités d'accès à la formation continue, etc.); ○ Ouverture vs résistance aux changements et à l'innovation.
	Cividin et Ottoson (1997) Bahn (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports sociaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Engagement du milieu (cohérence entre la vision et les actions liées à la formation); ○ Réseautage avec des collègues de travail et d'autres professionnels de la santé; ○ Croyances, attitudes et influence des pairs.
	Charlier (2002); Bourgeois (1991); Curran, Fleet et	<ul style="list-style-type: none"> • Aspects éducationnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ Situation géographique; ○ Pédagogies innovantes;

	Kirby (2006)	○ Infrastructures technologiques.
Soutien de l'employeur (et/ou du gestionnaire)	Beatty (2000); Watson (2004) Stolee et al. (2005) Overton et MacVicar (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution au financement des activités de FC. • Instauration de mécanismes facilitant le transfert des connaissances. • Engagement instrumental, affectif et normatif.
Exigences professionnelles	Deshaies, Labrie-Gauthier et Leprohon (2010) Gouvernement du Québec (2009) Lehoux et Law (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Lignes directrices – L'exercice infirmier en santé communautaire : Soutien à domicile. • Code de déontologie des infirmières et infirmiers. • Compétences supplémentaires et spécialisées en soutien à domicile.
Besoins des clientèles	Levett-Jones (2005) Ellerton et Curran-Smith (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité dans la gestion des situations de soins complexes • Lien entre les types de formation offerts et pertinence dans la réponse aux besoins des clientèles

4.2.1 Environnement

L'environnement peut notamment se caractériser par le milieu de travail, les rapports sociaux ou encore les aspects éducationnels.

Suscitant l'intérêt de chercheurs depuis quelques années déjà, il semble que les conditions de travail des milieux de soins notamment avec les horaires de travail inflexibles et le peu de modalités qui permettent d'accéder à des activités de FC (Duquette, 1983; Beatty, 2000; Watson, 2004; Dean, 2004) font en sorte qu'il est possible de croire que ces facteurs puissent influencer l'infirmière dans ses choix d'activités de FC. La résistance ou l'ouverture au changement et à l'innovation

pourraient aussi être un élément déterminant de l'engagement ainsi que de la participation ou non des infirmières à des activités de FC (Bahn, 2007).

En plus des conditions de travail dans le milieu, les rapports sociaux seraient aussi à considérer. Effectivement, il semble que l'engagement des gens avec qui l'on travaille de même que les possibilités de réseautage avec d'autres infirmières et d'autres professionnels de la santé soient significatifs pour inciter les infirmières à participer à des activités de FC (Cividin et Ottoson, 1997). Dans un même ordre d'idées, il semblerait que les croyances, les attitudes de même que l'influence des pairs exerceraient également un impact sur l'infirmière. Ces facteurs pourraient-ils aussi influencer le choix des activités de FC des infirmières de soutien à domicile, leur engagement et leur participation à ces activités? La question demeure encore sans réponse pour le moment.

Finalement, les aspects éducationnels semblent être la dernière dimension que nous puissions présentement associer à l'environnement. Ces aspects éducationnels peuvent être associés à divers éléments. Selon Bourgeois (1991); Charlier (2002) et Curran, Fleet et Kirby (2006), la situation géographique où exerce l'infirmière ainsi que les infrastructures technologiques qu'elle peut utiliser sont à la base de l'accessibilité à des activités de FC. Les types de pédagogie mis de l'avant exerceraient aussi une influence sur l'intérêt des infirmières à poursuivre des activités de FC. Actuellement, les infrastructures technologiques dont disposent les infirmières sont-elles adéquates? Leur permettent-elles d'accéder à des activités de FC? Sont-elles disponibles dans leurs milieux de soins? Sont-elles déterminantes dans le choix des activités de FC? Tant de questions qu'il faut nous poser, car nous n'en savons que très peu à ce sujet.

4.2.2 Soutien de l'employeur (ou du gestionnaire)

Le soutien de l'employeur (et/ou du gestionnaire) est aussi apparu comme étant un facteur externe ayant le potentiel de pouvoir influencer la FIC des infirmières de soutien à domicile. Tel que présenté dans la problématique, Beatty (2000) et Watson (2004) affirment que le soutien de l'employeur passe inévitablement par le financement d'activités de FC destinées aux infirmières. Pour Stolee et ses collaborateurs (2005), le soutien de l'employeur doit aussi se traduire par l'instauration de mécanismes qui sont en mesure de permettre et d'appuyer le transfert des connaissances de l'activité de FC suivie par l'infirmière à sa pratique clinique quotidienne. Overton et MacVicar (2008) ont une vision quelque peu différente du soutien. Ils affirment que le soutien passe d'abord et avant tout par un engagement instrumental, affectif et normatif. Ainsi, les infirmières devraient avoir les outils ou le matériel nécessaire pour poursuivre des activités de FC (soutien instrumental); elles devraient être encouragées à poursuivre ce type d'activités (soutien affectif) et les politiques ou normes en vigueur dans les milieux de soins devraient leur permettre d'accéder facilement à ces activités de FC (soutien normatif).

4.2.3 Exigences professionnelles

Les exigences professionnelles peuvent se traduire par des normes, des standards de pratique, des règlements, un code de déontologie ou des lignes directrices. D'emblée, toutes les infirmières doivent se conformer à leur Code de déontologie (Gouvernement du Québec, 2009). Tel que nous l'avons présenté dans la prise de position de l'OIIQ en matière de formation continue, l'infirmière a l'obligation de « tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins et traitements selon les normes de pratique généralement reconnues ». Pour ce faire, elle doit actualiser ses connaissances. De plus, l'infirmière en soutien à domicile doit respecter les normes de pratique que lui dictent les « Lignes directrices de l'exercice infirmier en santé communautaire – Soutien à domicile » (Deshaies, Labrie-Gauthier et Leprohon, 2010). Finalement, rappelons que Lehoux et Law

(2004, p. 2) soutiennent que l'infirmière qui exerce en maintien à domicile doit détenir des « compétences supplémentaires et spécialisées ». Ainsi, est-il possible de croire que ces exigences professionnelles exercent une influence quelconque sur les infirmières de soutien à domicile, au regard de la FIC? Actuellement, à notre connaissance, aucun écrit ne peut nous renseigner avec exactitude à ce sujet.

4.2.4 Besoins des clientèles

Les besoins des clientèles sont souvent associés à leur(s) pathologie(s) ou problème(s) de santé, mais aussi à leurs conditions de vie et d'existence parfois difficiles : pauvreté, isolement social, malnutrition, abus, négligence, perte d'autonomie, etc. Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, de plus en plus les personnes malades présentent des problèmes de santé complexes causés par plus d'une pathologie en combinaison avec des conditions d'existence et de vie difficiles.

Les personnes aux prises avec ces problèmes sociaux et de santé s'attendent des professionnels qu'ils soient en mesure de bien intervenir et de façon efficace auprès d'eux (Levett-Jones, 2005). Ellerton et Curran-Smith (2000) soutiennent que les activités de FC offertes devraient émerger des problématiques de soins les plus souvent rencontrées auprès des clientèles recevant des soins et services infirmiers.

Malgré toutes les questions qui demeurent sans réponse et malgré le fait qu'on méconnaisse encore les facteurs qui influencent véritablement la FIC des infirmières de soutien à domicile (qu'il s'agisse de leur engagement, de leur participation ou de leurs choix d'activités en matière de FIC), il faut rester sensible et ouvert à la possibilité que des facteurs personnels (pouvant être liés à des motifs psychologiques, au processus d'apprentissage de même qu'aux expériences de l'individu) et que des facteurs externes (tels l'environnement, le soutien de

l'employeur, les exigences professionnelles ainsi que les besoins des clientèles) puissent effectivement influencer la FIC des infirmières de soutien à domicile.

Bien qu'ils soient distincts, nous sommes conscient qu'il peut parfois être complexe de bien différencier les facteurs personnels des facteurs externes. À titre d'exemple, il se pourrait qu'une infirmière ait une perception négative de la FIC (facteur personnel) si, par exemple, ses collègues de travail ont elles aussi une attitude négative envers la FIC (facteur externe). Plutôt que de les catégoriser, nous souhaitons identifier et décrire les facteurs de manière aussi à comprendre les liens éventuels qui puissent exister entre eux.

En conclusion à ce chapitre, nous pouvons affirmer que les modèles de même que les études que nous venons de présenter sont pertinents à notre objet d'étude même si ils ne se sont pas intéressés à répondre directement aux mêmes questions de recherche que nous posons. Les éléments que nous avons présentés dans ce chapitre-ci ont permis de développer le guide d'entrevue et d'encadrer notre démarche d'analyse.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

Dans la présente section, nous exposerons les principaux éléments de la méthodologie de la recherche. Toutefois, avant d'y arriver, nous croyons important de revenir brièvement sur les questions de recherche de notre étude qui ont déjà été présentées dans la problématique. À cet effet, rappelons que notre question générale de recherche s'intéresse au rapport à la FIC des infirmières en soutien à domicile. Les questions spécifiques de recherche, quant à elles, concernent plus particulièrement : 1) l'engagement des infirmières en matière de FIC et les activités de FC qu'elles réalisent; 2) les facteurs qui influencent la FIC, notamment en termes de choix des activités de FC et de participation à celles-ci; 3) la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies et finalement 4) les retombées perçues des activités de FC suivies sur la pratique clinique. C'est donc en fonction de ces paramètres qui définissent nos questions de recherche que nous avons fait des choix méthodologiques. Les six sections de ce chapitre serviront à présenter : 1) le type d'étude réalisé et la posture épistémologique, 2) le milieu dans lequel s'est déroulée l'étude, 3) la population cible et l'échantillon, 4) l'approche retenue pour la collecte des données, 5) la méthode suivie pour l'analyse des données et finalement, 6) le volet éthique de la recherche.

1. TYPE D'ÉTUDE ET POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE

L'étude qui a été réalisée est de type qualitatif. Le choix de ce type d'étude était approprié, pertinent et cohérent en fonction du niveau des connaissances actuelles en matière de FIC et de la nature des questions de recherche que nous avons formulées (Deslauriers et Kérisit, 1997). Bien que la recherche qualitative puisse

avoir fait l'objet de critiques quant à sa non représentativité qui peut venir interférer dans la généralisation des résultats, il demeure néanmoins que ce type d'étude permet d'assurer une description riche et articulée d'un phénomène (Fortin, 2010). À l'heure actuelle, nous avons certaines connaissances qui peuvent servir de balises à notre étude, mais de façon globale, le niveau des connaissances en ce qui a trait à la FIC en soutien à domicile demeure somme toute très limité; ce qui justifie encore davantage le recours à ce type d'étude (Fortin, 2010). Avec la recherche qualitative, il faut plutôt reconnaître le potentiel de « transférabilité » des résultats plutôt que la capacité de généralisation de ces derniers au sens statistique du terme (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006, p. 129).

Notre recherche s'inscrit dans le pôle épistémologique dit « interprétatif » (Lessart-Hébert, Goyette et Boutin, 1996). Cette posture permet de mieux comprendre un phénomène ou une réalité à partir de l'expérience et du vécu des gens tout en conservant la nature souvent complexe du phénomène à l'étude (Deslauriers et Kérisit, 1997). Cette compréhension passe inévitablement par l'interprétation de ces expériences et de ce vécu (Lessart-Hébert, Goyette et Boutin, 1996). Bien que cette posture puisse parfois être critiquée pour son caractère plus subjectif que les approches qui s'inscrivent dans un pôle épistémologique positiviste, elle demeure toutefois des plus pertinentes pour développer un corpus de connaissances afin de mieux comprendre, décrire et analyser un phénomène comme celui que nous étudions, soit la FIC. Le pôle interprétatif a permis d'apporter des réponses ou du moins des pistes de réponse pour mieux comprendre le rapport à la FIC des infirmières en soutien à domicile.

Certes, notre posture d'analyste peut être influencée à la fois par notre sensibilité théorique (Paillé et Mucchielli, 2003), car nous avons effectué une vaste recension des écrits, mais aussi par notre sensibilité expérientielle (*Ibid.*, 2003) issue de notre pratique clinique antérieure comme infirmier en soutien à domicile. Cette sensibilité théorique et expérientielle nous a permis d'avoir l'idée d'élaborer un tel

projet à partir de préoccupations professionnelles, mais aussi à partir de discours entendus dans divers milieux de soins. Certains pourraient voir notre sensibilité expérientielle comme une source de biais, mais pour notre part, au contraire, comme Huberman et Miles (1991) le soutiennent, la connaissance du « milieu » dans lequel se déroule l'étude par le chercheur peut permettre d'explorer un phénomène plus en profondeur et plus rapidement. Ainsi, notre sensibilité nous a permis de mieux encadrer notre démarche d'analyse, particulièrement en ses débuts, et même de poser des questions plus pertinentes, en fonction de ce que disaient les participantes lors des entrevues. De même, le fait d'avoir procédé à une recension des écrits et d'opter pour des entrevues semi dirigées a permis à la fois de mieux encadrer notre démarche de recherche tout en laissant libre l'expression des participants. Notre expérience antérieure en tant qu'étudiant et infirmier clinicien dans le secteur du soutien à domicile dans le milieu où s'est déroulée l'étude a aussi été aidante pour mieux saisir la réalité qu'ont décrite les infirmières lors des entrevues. Le fait aussi que quatre années se soient écoulées entre le moment où nous avons étudié et travaillé dans ce milieu et celui où s'est déroulé le projet de recherche a fait en sorte que nous avons été en mesure de prendre une certaine distance face à ce que les infirmières ont exprimé dans les entrevues. Tout au long de notre collecte et de notre analyse des données, nous avons toujours porté une attention particulière afin d'éviter que notre sensibilité théorique et expérientielle altère le sens du discours des personnes que nous interviewions, afin de rester fidèle aux idées exprimées. Cette sensibilité nous a plutôt aiguisé les sens comme chercheur. Enfin, comme nous le verrons plus loin (section 5.3), des stratégies de validation ont été utilisées pour minimiser les effets relatifs aux biais du chercheur et du site à l'étude (Huberman et Miles, 1991).

2. MILIEU

Le milieu choisi pour le déroulement de l'étude se situait dans la région de l'Estrie. Il comprenait deux équipes de soins en soutien à domicile; l'une qui travaillait auprès d'une clientèle nécessitant des soins ponctuels sur une courte durée²⁴ et la seconde auprès d'une clientèle nécessitant des soins à long terme²⁵. Notre étude s'est déroulée auprès des infirmières qui assurent le suivi de la clientèle à long terme. Le centre où s'est déroulée notre étude a été choisi pour trois raisons principales. Premièrement, il était situé dans une ville (Sherbrooke) dont la démographie de la clientèle âgée²⁶ est comparable à celle d'autres régions du Québec (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2011), ce qui pouvait faciliter le transfert des résultats à d'autres milieux similaires. Deuxièmement, nous considérons ce centre comme un milieu novateur principalement en raison de son affiliation universitaire qui valorise le développement des connaissances, l'amélioration des pratiques de soins et la recherche. Troisièmement, notre connaissance de ce milieu en tant qu'étudiant et infirmier clinicien nous permettait d'avoir facilement accès au milieu qui comprend des équipes des soins structurées et ce, à moindre coût.

Une fois que nous avons établi que ce milieu présentait des caractéristiques intéressantes pour la réalisation de notre étude, des démarches ont été effectuées auprès de la gestionnaire principale du secteur de soins en soutien à domicile afin

²⁴ La durée de suivi de la clientèle dans les soins à domicile court terme est généralement égale ou inférieure à trois mois.

²⁵ La durée de suivi de la clientèle dans les soins à domicile long terme est généralement supérieure à trois mois.

²⁶ Conformément aux informations présentées par le coordonnateur régional du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2010-2015), cette population présente des indices de vieillesse (86,7 % Sherbrooke vs 86,7 % province de Québec), de dépendance totale (43,2 % Sherbrooke vs 43,5 % province de Québec) et de dépendance des aînés (20,0 % Sherbrooke vs 20,2 % province de Québec) similaires à la moyenne des données québécoises.

d'évaluer si le milieu avait l'intérêt de participer à un tel projet. Une lettre décrivant un aperçu du projet impliquant les attentes de notre part envers le milieu a été remise à la gestionnaire et des démarches officielles ont été entreprises auprès de la haute direction de l'établissement. Notre demande a été accueillie favorablement.

3. POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLON

La population cible se définit ici comme étant les infirmières de soutien à domicile exerçant la profession auprès de personnes âgées dans des milieux de pratique affiliés ou non à des milieux universitaires et comparables au milieu où s'est déroulée l'étude. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire et confidentielle (échantillonnage théorique aussi appelé échantillonnage intentionnel ou réfléchi) (Fortin, 2010). Le recrutement des participantes s'est effectué suite à l'approbation du projet par les comités d'éthique de la recherche : 1) Éducation et sciences sociale de l'Université de Sherbrooke et 2) des Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Les participants potentiels ont été rencontrés lors d'une réunion d'équipe des infirmières de soutien à domicile qui se tenait en après-midi. Une fois leur rencontre régulière terminée, la gestionnaire a présenté l'étudiant-chercheur responsable du projet. Le projet de recherche a alors été présenté (avec la lettre de présentation du projet jointe au formulaire de consentement) à l'ensemble des infirmières du service de soutien à domicile. Lors de la rencontre, nous avons décrit quels étaient les critères de sélection des participants. Les infirmières retenues pour participer à l'étude devaient :

1. Exercer la profession au niveau du service de soutien à domicile auprès des personnes âgées nécessitant des soins à long terme²⁷;

²⁷ Les infirmières gestionnaires de cas ne font pas partie de ce service dans le milieu où s'est déroulée l'étude.

Justification : C'est cette clientèle qui est particulièrement visée par les changements et les bouleversements qui ont été présentés plus tôt dans la problématique (vieillissement de la population, comorbidités, pressions accrues sur les ressources de santé, etc.). Et ce sont ces personnes qui ont souvent les problèmes de santé les plus complexes.

2. Exercer la profession en soutien à domicile à temps plein dans ce milieu depuis au moins 1 an;

Justification : Ce critère avait pour but d'éviter que le processus d'adaptation à un nouvel environnement ou à un nouvel emploi vienne interférer avec les besoins en matière de FIC ou encore avec les retombées des activités de FC dans la pratique clinique. Dans certains cas, l'adaptation à un nouvel emploi peut aussi être plus longue qu'un an. Il s'agissait d'un minimum.

Lors de cette rencontre, certaines des infirmières ont aussi posé des questions pour mieux saisir les finalités de la recherche. Suite aux explications qu'elles ont reçues, les infirmières qui désiraient participer au projet de recherche avaient à compléter une feuille sur laquelle elles cochaient les éléments relatifs au consentement et inscrivaient les informations nécessaires pour que le chercheur puisse les rejoindre. Toutes les personnes présentes dans la salle ont remis leur feuille à l'étudiant chercheur à la leur sortie de la salle. Par la suite, ces feuilles ont été consultées seulement par l'étudiant-chercheur et ce, en dehors du milieu afin d'assurer l'anonymat des participants. Elles ont également été conservées en toute confidentialité. Initialement, douze infirmières (sur une possibilité d'environ trente) rencontraient les critères de sélection. De ce nombre, huit ont accepté de participer à l'étude. Ces huit personnes ont donc été rencontrées en entrevue. Le profil des participants à la recherche sera précisé dans la première section du chapitre portant sur les résultats.

4. COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données est le moment où le chercheur amasse des faits, des perceptions, des récits de vie ou expérientiels, des informations ou autres en fonction du phénomène qu'il souhaite étudier et de l'angle sous lequel il veut le comprendre. Les lignes qui suivent présentent la méthode de collecte des données que nous avons retenue pour réaliser la recherche, le processus suivi pour le développement et la validation de l'outil que nous avons utilisé pour collecter les données de même que la manière dont les entrevues ont été réalisées.

4.1 Méthode de collecte des données

La méthode que nous avons choisie pour effectuer la collecte des données est l'entrevue individuelle semi-dirigée. L'entrevue semi-dirigée peut se définir de différentes façons. Parmi les définitions qui existent pour décrire ce type d'entrevue, nous avons retenu celle de Savoie-Zajc (2003, p. 296), compte tenu qu'elle s'inscrit elle aussi dans une perspective dite « interprétative ».

« L'entrevue semi dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé » (*Ibid.*, 2003, p. 296).

Bien qu'elle confère au chercheur et à la personne interviewée une approche souple (comparativement à des questionnaires ou encore des entrevues dirigées), l'entrevue semi-dirigée repose sur des postulats reconnus et des façons de faire qui en établissent sa crédibilité et sa scientificité dans l'univers de la recherche qualitative. Selon Savoie-Zajc (2003), l'entrevue semi-dirigée prend racine à l'intérieur de trois postulats. Le premier postulat établit que l'entrevue semi-dirigée donne naissance à

un discours narratif entre le chercheur et la personne interviewée et que ce discours composé d'échanges (de faits, de perceptions, d'histoires, etc.) entre les personnes est unique et logique. Ce sont les liens entre ces échanges qui permettent de repérer les unités de sens qui guident le chercheur vers des pistes de réponse aux questions de recherche formulées. Le deuxième postulat « repose sur l'idée que la perspective de l'autre a du sens » (*Ibid.*, 2003, p. 297). Cette considération amène le chercheur à reconnaître ce que dit la personne interviewée comme étant sa réalité à elle, réalité qui lui fait sens. Par conséquent, il cherche à comprendre cette réalité à partir du discours de la personne interviewée et ainsi d'en saisir le sens. Le troisième et dernier postulat s'intéresse à la « nature de la réalité » (*Ibid.*, 2003, p. 297). Ce postulat implique que chaque entrevue est unique, car on ne peut pas revivre exactement le même moment pendant lequel elle s'est réalisée. De plus, le rapport entre le chercheur et le participant à la recherche est lui aussi particulier et unique. C'est dans cette relation, ce rapport, que prennent sens les réponses de l'interviewé aux questions posées. Comme l'entrevue semi-dirigée implique de laisser la place au participant pour qu'il s'exprime sur certains thèmes donnés, le chercheur doit entrer dans la réalité que lui amène l'interviewé pour mieux la comprendre et ainsi en dégager une signification par rapport au thème donné, par rapport au sujet étudié, ou tout simplement par rapport à l'individu interviewé. C'est dans cette perspective que la relation chercheur-participant à l'étude prend tout son sens, son unicité.

L'entrevue semi dirigée poursuit différents buts visant « l'explicitation, la compréhension, l'apprentissage et l'émancipation » (*Ibid.*, p. 298). Elle permet au chercheur d'accéder à l'information qu'il veut recueillir tout en laissant l'espace à l'interviewé pour que ce dernier présente sa propre réalité des choses sur un ou des thème(s) donné(s) (Fortin, 2010). Elle permet aussi de mieux saisir et de mieux comprendre la réalité que vit la personne interviewée. Le recours à ce moyen de collecte de données sous-tend que le chercheur recherche des informations sur des sujets déterminés, sans qu'ils ne soient très explicitement définis (il veut justement les rendre explicite). Dans notre cas, ces sujets déterminés ont été rassemblés dans un

guide d'entrevue écrit que nous avons développé à partir des questions de recherche formulées et des écrits recensés (Annexe I).

4.2 Développement et validation de l'outil de collecte des données

En congruence avec notre choix de méthode de collecte des données qui est l'entrevue semi-dirigée, le principal outil que nous avons développé pour collecter les données a été notre guide d'entrevue. Le développement du guide a été réalisé en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, suite à notre recension des écrits et à l'élaboration de nos questions de recherche et de notre cadre de référence, nous avons fait un exercice de remue-méninge afin de mettre spontanément sur papier des questions qui nous semblaient pertinentes et intéressantes pour en apprendre davantage sur le phénomène que nous souhaitions explorer et mieux décrire. La seule contrainte, à ce moment, était de formuler des questions sous forme ouverte; l'idée étant que les questions d'un tel guide devaient laisser la place à l'interviewé afin qu'il puisse s'exprimer sur un sujet donné. À la fin de cet exercice qui a duré quelques jours, environ cinquante (50) questions avaient été formulées.

Dans un deuxième temps, nous avons regroupé ces questions sous des rubriques en lien avec nos questions de recherche et notre cadre de référence (exemples : facteurs internes, facteurs externes, retombées dans la pratique clinique). Nous avons aussi fusionné, scindé ou encore retiré certaines questions afin d'en réduire le nombre. Nous avons fait cet exercice en ayant toujours en tête les questions de recherche auxquelles nous souhaitions apporter des réponses. Ceci a donné lieu au développement de cinq grands thèmes qui sont : 1) les activités professionnelles et le système social, 2) l'identification et l'ampleur des activités de FC, 3) les facteurs influençant l'engagement, la participation et le choix des activités de FC en matière de FIC, 4) la satisfaction au regard des activités de FC suivies et 5) les retombées perçues des activités de FC suivies sur la pratique clinique.

Dans un troisième temps, nous sommes retournés dans la recension des écrits ainsi que dans le cadre de référence afin de vérifier si les questions couvraient de façon assez large les sujets présents dans ces deux sections du mémoire (toujours en gardant en tête nos questions de recherche).

Dans un quatrième temps, nous avons fait lire le guide d'entrevue à deux personnes extérieures au projet (la première étant étudiante au 3^e cycle et l'autre étant enseignante retraitée) afin de vérifier si les questions du guide étaient claires et facile à comprendre. Notre directrice a aussi lu et commenté le guide. Certaines questions ont été reformulées et d'autres ont été retirées du guide. Après cette démarche, le guide comptait alors au total une vingtaine de questions ouvertes et des sous questions (environ vingt aussi) utilisées seulement au besoin par l'étudiant-chercheur pour explorer plus en profondeur les propos des participantes (elles sont inscrites en gris dans le guide d'entrevue).

Dans un cinquième temps, après avoir obtenu l'approbation des comités d'éthique de la recherche, nous avons procédé à une entrevue-test avec notre première participante à l'étude. Suite à cette entrevue, nous avons réajusté les questions qui ont suscité des demandes de clarifications ou qui semblaient plus ou moins claires. Trois questions ont été reformulées et deux ont été retirées. L'Annexe I présente la dernière version du guide d'entrevue que nous avons utilisée.

4.3 Déroulement des entrevues

Initialement, nous avons contacté les huit infirmières qui répondaient à nos critères de sélection et qui avaient accepté de participer à la recherche. Ce contact a été réalisé soit par téléphone ou par courriel, selon le mode qui avait été choisi par le participant. Tous ont répondu à notre appel ou à notre courriel. Nous avons alors validé à nouveau s'ils étaient toujours intéressés à participer à la recherche. Après

avoir validé leur intérêt, nous fixions une date et une heure de rencontre et le participant déterminait l'endroit où il souhaitait que se réalise l'entrevue. De prime abord, il était suggéré au participant que l'entrevue soit réalisée à l'extérieur du CLSC. Trois participants ont souhaité que l'entrevue soit réalisée à l'extérieur du milieu de soins, alors que les cinq autres ont souhaité qu'elle soit réalisée au CLSC, dans un endroit fermé où leurs propos pouvaient demeurer confidentiels. Les entrevues ont été d'une durée variant de 45 à 90 minutes. La plupart des entrevues ont été d'une durée d'environ 70 minutes. Au début de chacune des entrevues, l'étudiant-chercheur expliquait au participant le déroulement de l'entrevue et les principaux thèmes qu'il était souhaité de parcourir, en fonction des questions de recherche et des éléments présentés sur le formulaire de consentement de participation à la recherche. L'étudiant-chercheur introduisait chacun des thèmes à partir d'une question générale. La première partie de l'entrevue visait à briser la glace et à mieux connaître le type de clientèle suivie à long terme par l'infirmière qui participait à l'étude et l'environnement dans lequel elle exerce la profession. Les participants s'exprimaient librement sur chacun des thèmes proposés. Les questions du guide d'entrevue servaient à lancer ou relancer la discussion ou encore à aller explorer plus en profondeur certains aspects abordés par l'infirmière au cours de l'entrevue. Le guide d'entrevue était en quelque sorte utilisé comme un canevas orientant les grandes parties de l'entrevue ou dans certains cas, d'aide-mémoire afin de couvrir l'ensemble des thèmes visés par les questions de recherche. Au fur et mesure que les infirmières apportaient de nouveaux éléments, l'étudiant-chercheur ajustait ses questions pour mieux saisir l'idée exprimée ou encore pour explorer davantage un aspect abordé par le participant à la recherche. Dépendamment de la tangente que prenait l'entrevue, les thèmes n'étaient pas toujours couverts selon le même ordonnancement d'une entrevue à l'autre. L'étudiant-chercheur laissait le plus de place possible à l'interviewé pour s'exprimer. À la fin de l'entrevue, si certains thèmes avaient été moins explorés, l'étudiant-chercheur revenait alors auprès du participant pour lui poser des questions en lien avec ceux-ci. Conformément aux modalités établies dans le formulaire de consentement, les entrevues étaient enregistrées sous forme

audionumérique, du début à la fin de chacune d'elles. Les entrevues se sont déroulées sur une période de sept mois, soit de novembre 2010 à juin 2011²⁸. Comme la collecte des données s'est déroulée sur plusieurs mois, nous avons porté une attention particulière afin de ne pas introduire de disparités entre les participants et de biais dans l'interprétation des résultats. Le fait d'avoir constamment utilisé notre guide comme cadre lors des entrevues a été le principal moyen que nous avons mis en place pour minimiser les risques. À cela s'ajoute, bien entendu, des stratégies de validation des résultats (ex. : intercodage et retour aux acteurs).

5. ANALYSE DES DONNÉES

Une fois collectées, pour qu'elles puissent faire sens, les données doivent être analysées. L'analyse constitue un procédé qui permet en bout de ligne de réduire les données collectées tout en permettant au chercheur de justement trouver un sens, de donner une interprétation à ces données (Miles et Huberman, 2003). Pour réaliser cette analyse, nous avons choisi de nous inspirer du modèle interactif proposé par Miles et Huberman (2003) qui comprend quatre composantes qui sont : la collecte des données, la présentation des données, la condensation des données, puis l'élaboration et la vérification des conclusions. Comme l'illustre la Figure 6, ce modèle propose une démarche itérative qui permet un aller-retour entre les différentes composantes du modèle.

²⁸ Deux raisons principales expliquent la longueur de cette période. Premièrement, la disponibilité limitée des infirmières et deuxièmement, le processus de transcription des entrevues au fur et à mesure qu'elles étaient réalisées pour permettre une analyse itérative des données.

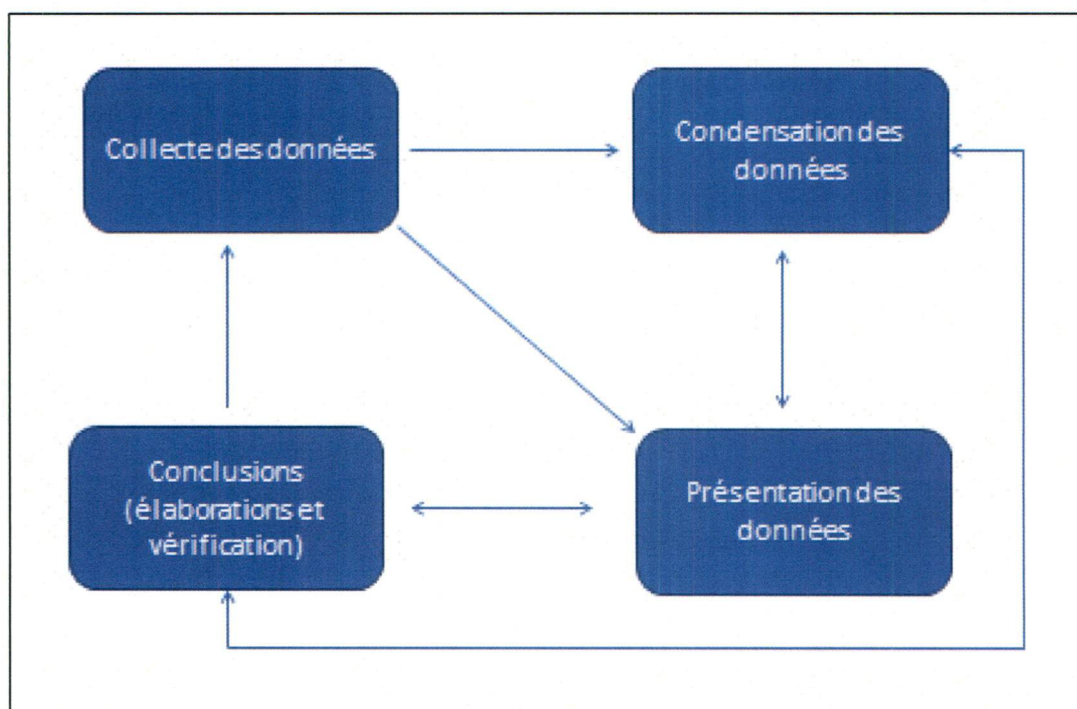


Figure 6 : Composantes de l'analyse des données : modèle interactif. Inspiré de : Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyses des données qualitatives*. (Trad. De M. Hlady Rispal révision scientifique de J. J. Bonniol), 2^e édition. Paris : De Boeck, p. 31.

Nous avons fait ces aller-retour que présente le modèle tout au long de notre démarche d'analyse. Par conséquent, les entrevues n'ont pas été réalisées les unes à la suite des autres de manière consécutive pour ensuite être soumises à l'analyse.

Les trois prochaines sections consacrées à l'analyse des données expliciteront des éléments méthodologiques premièrement sur la transcription des entrevues; deuxièmement, sur les approches retenues pour l'analyse des données et troisièmement, sur la validation et la fiabilité des analyses réalisées.

5.1 Transcription des entrevues

Dans le cadre de la recherche que nous avons menée, l'analyse s'est inscrite dans une démarche itérative. La démarche d'analyse a débuté dès la fin de la première

entrevue réalisée. La première étape de l'analyse consistait à transcrire les entrevues au fur et à mesure qu'elles étaient réalisées. Chacune des entrevues a donc été transcrite en entier. Certaines règles généralement reconnues en recherche qualitative ont été suivies lors de cette transcription. Sans que nous les présentions toutes ici, il s'agit notamment de :

« transcrire [les entrevues] en respectant la pensée de l'interlocuteur, faire usage de ponctuation pour faciliter la lecture, préciser la pensée lorsqu'il le faut, mais sans la transformer, respecter la concordance des verbes, bref écrire une langue simple et correcte. [...] On transcrit donc en essayant de respecter la logique du discours. [...] Il faut également essayer de rendre les conversations mot à mot pour conserver la verdeur des observations [...] et faire la différence entre ce qui est observé et ce que le chercheur pense » (Deslauriers, 1991, p. 69).

Au cours de la transcription, nous commençons déjà notre analyse. Nous soulevons certains points marquants de l'entrevue. Il arrivait aussi d'inscrire certains commentaires entre autres pour tracer des points de repères avec d'autres éléments précédents ou suivants du verbatim, etc. La transcription des entrevues permettait aussi à l'étudiant-chercheur de retourner au guide d'entrevue pour clarifier, préciser ou encore ajouter certaines questions qu'il désirait explorer ou plutôt approfondir dans les futures entrevues.

5.2 Approches retenues pour l'analyse

Après avoir transcrit l'entrevue réalisée, s'enclenchait alors la deuxième étape qui consiste à analyser le contenu de l'entrevue selon le type ou l'approche d'analyse choisie. Le type d'analyse privilégié dans cette étude provient de deux approches différentes, mais complémentaires. La principale approche retenue a été celle de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2003). Par ailleurs, nous avons aussi retenu quelques-uns des principes découlant de l'analyse qualitative des données de Miles et Huberman (2003) que nous avons présentés plus tôt dans la

section cinq. Nous croyions que l'utilisation de ces deux approches permettait d'encadrer de façon rigoureuse notre processus d'analyse des données. Les prochains paragraphes serviront à définir l'analyse thématique et à traiter de la thématisation et de l'interprétation des données.

5.2.1 Analyse thématique : une définition

Plus précisément, en ce qui concerne l'analyse thématique, Paillé et Mucchielli (2003) soutiennent que :

« L'analyse thématique consiste [...] à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. [...] Procéder à une analyse thématique, c'est donc attribuer des thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse. Il s'agit de cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document » (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 125-126).

Cette approche d'analyse présente de nombreux avantages. Parmi ceux-ci, soulignons qu'elle est facile à comprendre et à appliquer, particulièrement dans un contexte d'initiation à la recherche (Paillé et Mucchielli, 2003) comme c'est notre cas actuellement. Elle est aussi souvent utilisée de façon complémentaire à des méthodes quantitatives d'analyse et dans le cadre, notamment, de recherche-action. À partir de cette définition de l'analyse thématique que nous venons de présenter, nous expliciterons la démarche que nous avons suivie pour la thématisation et l'interprétation des données collectées.

5.2.2 Thématisation et techniques d'interprétation

La thématisation, par différents niveaux de thèmes (primaires, secondaires, tertiaires, etc.), est l'une des tâches principales qui découle de l'analyse thématique.

En effet, « avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique) » (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 124).

Le processus de thématisation repose sur des choix techniques et une démarche structurée. Dans le cadre de notre projet, le support matériel utilisé pour procéder à l'analyse des entrevues a été un logiciel de traitement de texte non spécialisé qui nous a permis d'inscrire en mode inséré des codes ou des notes, selon nos besoins. Ces codes et ces notes facilement repérables à l'aide de la fonction de recherche du logiciel nous ont permis d'être efficace dans notre analyse des données. Ils nous ont aussi permis de générer des rapports d'unités de sens pour des thèmes donnés dans le cadre de notre analyse. Par ailleurs, en ce qui a trait à la démarche de thématisation, nous avons opté pour la « thématisation séquentielle » (Paillé et Mucchielli, 2003, p. 127), mais non rigide. Cette façon de faire permet de réaliser l'analyse selon un processus itératif, que nous avons déjà présenté. Nous avons également fait un aller-retour fréquent entre les données collectées, les thèmes identifiés (figurant au plan de codification²⁹) et les écrits pertinents à la FIC. Nous avons aussi consulté une collègue étudiante au 3^e cycle, à l'occasion, ainsi que notre directrice de recherche, au besoin, pour valider certains aspects techniques de l'analyse et plus largement des aspects relatifs à l'interprétation des données (ex. : validation d'analyses, niveau d'inférence, étapes à suivre, etc.). Ces consultations ont été réalisées par courriel, téléphone et visioconférence. Les lignes qui suivent serviront à préciser les étapes que nous avons suivies pour la réalisation de la thématisation.

Dans un premier temps, nous avons élaboré un plan de codification initial à partir de notre guide d'entrevue, de notre cadre de référence, de la recension des

²⁹ L'Annexe II présente un extrait du plan de codification que nous avons utilisé.

écrits et du verbatim de notre première entrevue. Nous avons alors défini chacun des thèmes le plus précisément possible et leur avons attribué un code qui permettait de les identifier et de les repérer facilement. L'organisation de ce plan tenait compte du contenu de l'entrevue et de nos questions de recherche. Pour mener à bien le processus de la thématization et de l'interprétation des données, nous avons utilisé diverses techniques comme le comptage et la récurrence des thèmes, le repérage des patterns, le regroupement des idées ou encore la subdivision de celles-ci et le recours à des théories extérieures (Huberman et Miles, 1991). Ce sont ces diverses techniques qui nous ont permis de peaufiner notre plan de codification et d'ajuster notre guide d'entrevue pour mieux répondre à nos questions de recherche. Le fait de procéder à l'analyse des données avec un plan ordonné et structuré constitue une approche efficace. Nous avons donc appliqué ce plan à notre première entrevue. Les segments codés constituaient nos unités de sens en lien avec nos questions de recherche. Une fois la thématization de la première entrevue complétée, nous avons discuté de nos analyses avec une collègue et notre directrice de recherche, puis nous avons révisé notre guide d'entrevue afin de le bonifier en vue de la seconde entrevue.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé la seconde entrevue que nous avons aussi transcrite. Après deux lectures consécutives du verbatim, nous avons appliqué notre plan de codification à cette deuxième entrevue. Nous avons utilisé ce moment pour préciser la définition de certains thèmes et aussi pour scinder ou fusionner certains d'entre eux. Le résultat de cet exercice a donné lieu, la plupart du temps, à la fusion de thèmes pour éviter d'amasser au fil des entrevues des thèmes trop spécifiques peu couverts dans les entrevues. L'analyse de cette deuxième entrevue nous a aussi permis d'apprécier la qualité de notre guide d'entrevue.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé les entrevues subséquentes dont chacun des verbatim a été soumis à la thématization (ou codification)³⁰. Après cette codification, nous avons constitué une matrice des unités de sens en fonction de chacun des thèmes et des sous-thèmes qui constituaient notre plan de codification. Cette matrice comptait de nouvelles unités de sens au fur et à mesure qu'était réalisée la codification ou la thématization des entrevues. Elle nous a été d'un grand soutien pour la rédaction des résultats. Elle nous permettait de repérer rapidement les unités de sens susceptibles d'appuyer et de nuancer nos interprétations et également de retourner facilement dans le verbatim, au besoin, pour clarifier certains contextes ou préciser certaines données. Elle nous a aussi permis de constater que nous avons atteint saturation des données dans plusieurs thèmes, excepté en ce qui a trait aux retombées des activités de FC suivies sur la pratique clinique où nous apprenions encore de nouveaux éléments dans notre dernière entrevue.

Dans un quatrième temps, nous avons ordonné la matrice des thèmes (accompagnés de leur définition et de leurs unités de sens respectives) en fonction de nos questions de recherche et de la suite logique selon laquelle nous souhaitons présenter les résultats. Certains thèmes ont fait l'objet d'une nouvelle fusion alors que d'autres ont été hiérarchisés autrement. Voilà ce qui conclut le processus de thématization et les techniques d'interprétation auxquelles nous avons eu recours.

³⁰ Il est important de mentionner qu'au moment où des changements étaient apportés au plan de codification en cours d'analyse, les correctifs étaient aussi apportés dans la codification des entrevues qui avait été réalisée antérieurement, par souci de congruence.

5.3 Validation et fiabilité

En recherche qualitative, le chercheur peut avoir recours à différents procédés pour valider la justesse et la véracité de ses interprétations lors de l'analyse de données. Ces procédés permettent d'assurer la scientificité de la recherche et par conséquent de montrer dans quelle mesure la démarche qu'il a suivie repose sur des principes de validation rigoureux et reconnus qui soutiennent la fiabilité des analyses réalisées. L'analyse thématique, qui sous-tend le recours à la thématisation, nécessite de soumettre la codification des données à des processus de validation qui sont, dans ce cas-ci, l'intracodage et l'intercodage (Miles et Huberman, 2003). Dans le cadre de notre étude, en plus des processus de validation d'intracodage et d'intercodage, nous avons ajouté à notre démarche, la validation par le retour aux acteurs aussi appelée « validité écologique » (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006, p. 128). Les lignes qui suivent apportent des précisions quant à la démarche que nous avons suivie pour mener à bien ces trois processus de validation.

5.3.1 Intracodage

L'intracodage est la constance avec laquelle la même personne attribue un même code à un même extrait à un intervalle de temps entre les deux codages (Huberman et Miles, 1991). L'intracodage a été réalisé une première fois sur les entrevues un à cinq qui avaient été codifiées au fur et à mesure qu'elles avaient été réalisées. Dans certains cas, ce premier codage remontait jusqu'à deux mois. Des extraits du corpus (environ 15 pages de verbatim), sélectionnés aléatoirement ont été soumis une deuxième fois à la codification avec le même plan. Les résultats obtenus au codage 1 et au codage 2 ont par la suite été confrontés. En comparant la codification des premiers segments d'entrevues à celle des segments d'entrevues codifiés dans un second temps, nous avons obtenu un taux de fiabilité de 88%, ce que nous avons considéré comme étant bien, mais pas tout à fait satisfaisant. Généralement, il est souhaitable que le taux de fiabilité intracodage obtenu atteigne 90 % (*Ibid.*, 1991). Le taux de fiabilité se calcule comme suit : le nombre d'accords

divisé par la somme du nombre d'accords et de désaccords (multiplié par cent) (*Ibid.*, 1991, p. 108). Or, il arrive que ce taux soit inférieur à 90 % lors du premier processus d'intracodage (*Ibid.*, 1991). Ce fut notre cas. Nous avons donc revu les définitions de certains thèmes, car celles-ci semblaient contenir, à l'occasion, des ambiguïtés. Une fois ces définitions revues et corrigées, nous avons obtenu un taux de fiabilité de 95 %, ce qui est excellent. Par la suite, nous avons obtenu un taux de fiabilité intracodage de 95 %, ce qui est excellent. L'intracodage a été refait sur des extraits de trois entrevues sélectionnées aléatoirement parmi les cinq premières entrevues. À ce moment, les trois dernières entrevues n'avaient pas encore été menées. Finalement, une fois que l'ensemble des entrevues ont été réalisées et thématisées en entier, nous avons mené à nouveau un intracodage, cette fois-ci sur des extraits de verbatim sélectionnés aléatoirement parmi les trois dernières entrevues. Cet exercice n'aurait pas été nécessaire, mais il nous a tout de même confirmé que les analyses que nous avons réalisées étaient constantes dans le temps, donc fiables, car nous avons obtenu un taux de fiabilité intracodage de l'ordre de 97 %. En tout, ce sont environ cinquante pages de verbatim qui ont été soumis à l'intracodage, soit 33 % du corpus. L'intervalle de temps entre les deux codages a été de deux mois.

5.3.2 Intercodage

En plus d'avoir été soumises à l'intracodage, certaines parties des entrevues ont été aussi soumises à un intercodage. L'intercodage est la constance avec laquelle deux personnes différentes attribuent, à partir d'un même plan de codification, un même code à un même segment d'entrevue et ce, de façon indépendante. Concrètement, cela signifie que des extraits du corpus³¹ ont été codifiés par un autre codeur, en aveugle, avec le même plan de codification que nous avons utilisé. Par la

³¹ Tous les extraits soumis à l'intercodage ont, au préalable, fait l'objet d'un examen minutieux avant d'être soumis au second chercheur afin d'y retirer les données jugées sensibles (s'il en restait).

suite, les résultats de ce codeur (les segments qu'il a codés) ont été confrontés aux nôtres (Huberman et Miles, 1991). Il s'agit donc d'un principe de validation inter juge, puisque les deux codeurs réalisent la codification chacun de leur côté, avant que soient confrontés leurs résultats. Lors de cette confrontation des résultats, nous avons appliqué la formule permettant de calculer la fiabilité intercodage soit : le nombre d'accords divisé par la somme du nombre d'accords et de désaccords (multiplié par cent) (*Ibid.*, 1991, p. 108). L'intercodage a été réalisé à deux moments stratégiques. Il a d'abord été réalisé sur huit pages de verbatim sélectionnées aléatoirement dans les entrevues trois et cinq. La confrontation des résultats a donné un taux de fiabilité de l'ordre de 88,5 %, ce que nous avons trouvé satisfaisant. Suite à cet intercodage, certains ajustements ont été apportés au plan de codification (plus spécifiquement dans la définition de certains thèmes) avant de poursuivre la réalisation des trois dernières entrevues. Une fois les entrevues (6, 7 et 8) complétées et codifiées, un deuxième exercice d'intercodage a été réalisé aléatoirement sur 10 % (soit quinze pages) du verbatim qui comprenait l'ensemble des huit entrevues réalisées. Le taux de fiabilité alors obtenu suite à ce deuxième intercodage a été de l'ordre de 91,8%, ce qui est excellent selon les normes généralement reconnues (Huberman et Miles, 1991).

5.3.3 Retour aux acteurs

Le dernier moyen de validation de notre analyse et de nos interprétations que nous avons privilégié a été le retour aux acteurs aussi appelé par certains auteurs « validité écologique » ou encore « contrôle par les acteurs » (Mukamurera, Lacourse et Couturier, 2006, p. 128). Nous avons choisi cette technique de validation essentiellement pour deux raisons. La première raison était que nous voulions percevoir dans quelle mesure les infirmières adhéraient (ou non) en quelque sorte à notre interprétation de leur réalité, à partir des propos tenus dans les entrevues réalisées. La deuxième raison du choix de cette approche de validation était plutôt liée au volet éthique de la recherche. Ce retour aux acteurs, en plus d'évaluer dans

quelle mesure les infirmières adhéraient ou non à notre interprétation de leur réalité, permettait aussi d'aller rechercher indirectement une approbation supplémentaire de leur part : que leurs propos soient utilisés dans le cadre de la présentation des résultats de la recherche. Autrement dit, le retour aux acteurs a permis aux infirmières d'une part de voir en premier les résultats de la recherche et d'autre part, de manifester leur accord ou leur désaccord à ce que certains extraits de leurs entrevues soient rendus publics à travers la présentation des résultats dans le mémoire.

La démarche que nous avons suivie pour réaliser le retour aux acteurs a été faite sur une base individuelle. Chaque infirmière a reçu par courriel les extraits de son entrevue que nous avons codés (unités de sens) avec l'interprétation qui leur était associée. Chaque document était donc unique. Dans le courriel accompagnant le document qui a été envoyé, nous y précisions que cette démarche visait à valider notre interprétation des analyses réalisées et à informer les participantes qu'elles pouvaient aussi demander, si elles le souhaitaient, le retrait de citations tirées de leur entrevue. Elles pouvaient nous rejoindre par téléphone ou par courriel, selon leurs préférences. Une période de deux semaines avait été prévue pour la réalisation de cette étape de validation. Enfin, nous avons également mentionné dans le courriel que cette démarche était fortement souhaitable, mais qu'elle demeurerait volontaire et aucunement obligatoire. Au moment de la soutenance du mémoire, quatre participantes nous avaient contacté. Les quatre ont affirmé que l'analyse réalisée était tout à fait adéquate et congruente avec les idées qu'elles avaient exprimées. Une d'entre elle a aussi demandé des modifications d'extraits, car elle considérait que certaines informations pouvaient permettre de la retracer. Il s'agissait principalement du lieu et du titre d'une activité de FC qu'elle avait suivie. Nous avons apporté les corrections demandées.

Avant de conclure, nous trouvons aussi important de préciser que le retour aux acteurs que nous avons réalisé n'a pas été un obstacle à la libre pensée ou à la libre interprétation et à la libre expression du chercheur. Nous avons été en mesure de

garder notre indépendance dans notre posture d'analyste, tout en étant attentif à la réalité exprimée et aux préoccupations des participants à la recherche. De surcroît, le retour réalisé par les participantes nous a confirmé que l'analyse que nous avons faite de leurs propos était cohérente avec leur réalité dont elles nous ont fait part dans les entrevues. C'est ce qui termine les aspects relatifs à la validation et à la fiabilité de l'analyse des données.

6. ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le dernier élément de la méthodologie s'intéresse au volet éthique de la recherche. Pour la présente étude, le projet de recherche a été soumis à deux comités d'éthique de la recherche, soit celui de l'éducation et des sciences sociales de l'Université de Sherbrooke de même que celui des Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Ces comités exigeaient notamment de décrire les risques et les bénéfices de participer au projet, de présenter le projet en vue d'un consentement éclairé, d'élaborer un formulaire de consentement pour les participants à la recherche de même que de préciser quels étaient les moyens pris afin d'assurer la confidentialité des données (ex. : accès aux données, conservation et destructions, moyens de diffusion des résultats, etc.). L'Annexe III présente l'attestation de conformité obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche en éducation et en sciences sociales de l'Université de Sherbrooke et l'Annexe IV présente celle obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

De plus, nous avons accordé une attention particulière aux notions de consentement libre et éclairé, d'anonymat et de confidentialité des données. Les lignes qui suivent traitent de façon plus précise ces trois aspects des dimensions éthiques de la recherche.

6.1 Consentement libre et éclairé

Chacun des participants à la recherche a dû signer le formulaire de consentement avant de prendre part au projet. Le formulaire de consentement présentait le sujet de l'étude, les questions générale et spécifiques de recherche, les modalités de participation, les conséquences de participer à l'étude (positives et négatives), la façon dont le chercheur allait utiliser les données collectées, le caractère volontaire de participer et/ou de se retirer de l'étude à tout moment ainsi que le respect du caractère confidentiel des informations qui seraient collectées (Fortin, 2010).

Suite à une entente avec le coordonnateur du Comité d'éthique des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie, il a été convenu que le formulaire de consentement que devaient signer les participants à l'étude était celui développé par le comité d'éthique de la recherche en éducation et en sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. Le Comité d'éthique des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a toutefois demandé à ce que deux informations soient ajoutées sur le formulaire. Il s'agissait des coordonnées du Comité d'éthique des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie de même que celles de la commissaire locale aux plaintes de l'établissement dans lequel s'est déroulé le projet. L'Annexe V comprend le formulaire servant de lettre d'invitation et de consentement pour les participants à l'étude.

6.2 Anonymat des participants à l'étude

L'anonymat réfère notamment au droit qu'ont les individus de ne pas être identifiés par des tiers, par exemple, lorsqu'ils participent à une recherche. Il est donc associé aux moyens mis en place par le chercheur afin que l'identité de ces personnes qui participent à la recherche demeure inconnue. Dans le cadre de la présente étude, nous nous sommes engagés à respecter ce droit à l'anonymat des infirmières qui ont participé à la recherche. Le questionnaire du service de soins et de soutien à domicile a

accepté de ne pas connaître l'identité des infirmières qui participaient à la recherche. Les infirmières en soutien à domicile ont géré elles-mêmes leur horaire de travail et y ont intégré leur participation à la recherche.

6.3 Confidentialité et processus d'anonymisation des données

La confidentialité est un droit essentiel des participants à la recherche. Elle réfère à la notion de « non retraçabilité ». Le droit à la confidentialité sous-tend le fait qu'en aucun temps nous (excluant l'étudiant chercheur) puissions être en mesure de retracer ou d'identifier un individu (participant à la recherche) à partir de propos qu'il a tenus, par exemple, dans le cadre d'une entrevue.

Dans le cas de notre étude, des moyens rigoureux ont été mis en place afin qu'il ne soit pas possible d'associer les propos des participantes à l'étude à leur identité. L'un de ces moyens a notamment été l'anonymisation des données. Mentionnons au passage, que même si l'étude a touché un petit nombre d'infirmières (8), elle comprenait cependant près du tiers des effectifs infirmiers en soutien à domicile. Cela dit, dans le processus d'anonymisation, nous avons porté une attention particulière aux données nominatives et « sensibles » que l'on pouvait retrouver dans les corpus d'entrevues et qui pouvaient permettre d'établir un lien direct ou indirect entre des propos tenus et un participant à l'étude. Les données que l'on a qualifié de « sensibles » étaient des informations personnelles (ex. : l'emplacement physique du lieu du travail, l'âge, les activités sociales, la référence à des traits physiques, les situations inusitées ou peu fréquentes qui se sont produites dans le passé). Lorsque nous avons repéré des informations de cette nature (nominatives ou sensibles) dans le corpus, nous avons déterminé premièrement si ce segment d'entrevue était pertinent à nos questions de recherche. Si les données de ce segment d'entrevue n'étaient pas pertinentes à nos questions de recherche, elles étaient tout simplement effacées de notre corpus ou remplacées. Si par contre les données de ce segment étaient pertinentes à nos questions de recherche, les données nominatives ou à caractères

sensibles étaient alors remplacées ou modifiées par d'autres informations fictives qui permettaient de préserver le sens du propos ou le contexte du propos, selon le cas, tout en évitant que la personne qui avait tenu ces propos soit directement ou indirectement identifiable. Mentionnons par ailleurs qu'au début de l'analyse, aucune donnée brute n'a été traitée plus en profondeur sans d'abord avoir fait l'objet d'un repérage de données nominatives ou sensibles dans le but qu'elles soient effacées ou modifiées (remplacées). Ainsi, seul l'étudiant chercheur a été en contact avec ces données nominatives ou sensibles. Il a toujours eu en tête ce souci d'anonymat et de confidentialité des données. Le retour aux acteurs a aussi été un moyen pour s'assurer du respect de la confidentialité et de l'anonymat des participantes.

Pour conclure ce chapitre, il est important de réitérer que la méthodologie comprend les étapes de la démarche qu'a suivies le chercheur pour mener à bien le processus qui mène à la découverte de réponses aux questions de recherche. Cette démarche doit être transparente et les étapes suivies relativement explicites pour que l'étude réalisée puisse être reproduite avec d'autres acteurs dans d'autres circonstances et que les résultats puissent être transférables dans d'autres contextes similaires. Ainsi, la méthodologie permet d'asseoir la posture épistémologique du chercheur, de préciser le type d'étude réalisée et l'ensemble des modalités retenues pour la collecte, l'analyse et l'interprétation des données de même que les moyens choisis pour la validation des résultats obtenus.

Dans le cadre de notre recherche, notre étude est de type qualitatif (Deslauriers et Kérisit, 1997) et s'inscrit dans un pôle épistémologique dit « interprétatif » (Lessart-Hébert, Goyette et Boutin, 1996). Le milieu dans lequel s'est déroulé l'étude était le service de soutien à domicile du Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) et la population cible visait les infirmières qui exercent la profession en maintien à domicile auprès d'une clientèle âgée suivie à long terme. Notre échantillon comptait huit infirmières en soutien à domicile. Les données ont été collectées lors d'entrevues

individuelles semi-dirigées au moyen d'un guide d'entrevue. Les entrevues ont toutes été transcrites intégralement. Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) et certains principes élaborés par Miles et Huberman (1991) tels que l'intracodage et l'intercodage ont permis de valider les analyses réalisées et d'en établir la fiabilité. Le retour aux acteurs (Mukamuera, Lacourse et Couturier, 2006) a aussi été retenu pour peaufiner notre validation des résultats. Finalement, nous avons aussi explicité les préoccupations et moyens mis en place afin que notre étude respecte les grands principes scientifiques et éthiques généralement reconnus en recherche. Le chapitre suivant présente les résultats de l'étude.

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre du mémoire présente les résultats des analyses réalisées selon une approche mixte inspirée de Miles et Huberman (2003) et de Paillé et Mucchielli (2003). Avant de préciser la façon dont les résultats sont présentés, nous croyons important de rappeler les questions de recherche de l'étude. Notre question générale de recherche est : **Quel est le rapport à la formation infirmière continue (FIC) des infirmières de soutien à domicile?** Nos questions spécifiques de recherche sont :

1. Quel est l'engagement au regard de la FIC chez des infirmières en soutien à domicile et quelles activités de formation continue poursuivent-elles pour mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences professionnelles?
2. Quels sont les facteurs qui influencent la participation, l'engagement et les choix d'activités de FC chez des infirmières de soutien à domicile en matière de FIC?
3. Quelle est la satisfaction des infirmières de soutien à domicile au regard des activités de formation continue suivies?
4. Quelles sont les retombées perçues des activités de formation continue suivies dans la pratique clinique des infirmières de soutien à domicile?

Nous avons décidé de présenter les résultats de la recherche en cinq parties. Dans la première partie, nous décrivons le profil des participants à la recherche, tandis que dans les parties deux à cinq, les résultats sont essentiellement présentés selon les quatre questions spécifiques de recherche que nous venons de réitérer.

1. PROFIL DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

L'analyse du profil des participants à la recherche constitue une étape importante de base pour mieux comprendre la réalité des infirmières en maintien à domicile, particulièrement en matière de FIC. Avant d'en arriver à dépeindre comme tel le profil des personnes ayant pris part à l'étude, nous tenons à préciser que pour des raisons de confidentialité et d'anonymat, il ne nous est pas possible de présenter de façon isolée le profil de chacun des individus, car dans certains cas, des données sociodémographiques pourraient permettre d'identifier formellement un ou des individus ayant pris part à la recherche. Nous avons donc décidé de dresser un portrait plus général des participants à la recherche, sous la forme d'un tableau (Tableau 5). Trois types de données sociodémographiques ont particulièrement retenu notre attention. Il s'agit (1) du plus haut niveau de scolarité complété, (2) du nombre d'années d'expérience comme infirmière et (3) du nombre d'années d'expérience comme infirmière en soutien à domicile. Comme le montre le Tableau 5, notre échantillon est diversifié au point de vue de ces trois critères.

1.1 Plus haut niveau de scolarité complété

À première vue, nous pouvons constater que 75 % des participants à la recherche (soit 6 infirmières) ont complété des études universitaires de 1^{er} cycle (microprogramme, certificat ou baccalauréat). Au Québec, les plus récentes données de l'OIIQ soutiennent que 35 % des infirmières (N=71 399) détiennent actuellement un grade universitaire de baccalauréat³².

³² Cette section a été développée avec les données les plus à jour obtenues auprès du Chef des statistiques et de la planification de l'effectif infirmier de la Direction des affaires externes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), en date du 15 août 2012. Aucune donnée formelle n'est publiée à ce sujet.

Tableau 5

Profil sociodémographique des participants à l'étude

Nature des données sociodémographiques	Nombre d'infirmières n=8
Plus haut niveau de scolarité complété	
Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers	2
Formation universitaire de 1 ^{er} cycle autre qu'un baccalauréat (ex. : certificat et microprogramme)	2
Baccalauréat (en sciences infirmières ou dans une autre discipline)	4
Nombre d'années d'expérience comme infirmière	
3-10 ans	3
11-20 ans	2
21 ans et plus	3
Nombre d'années d'expérience comme infirmière en soutien à domicile	
1-10 an(s)	6
11-20 ans	2

Chez les infirmières qui déclarent exercer la profession en maintien à domicile, cette proportion de bachelières aussi appelées infirmières cliniciennes grimpe à 50,2 %³³.

³³ Ces données ont été obtenues en 2012 auprès du chef des statistiques et de la planification des effectifs à l'OHIQ. Elles n'ont pas fait l'objet d'une publication officielle.

Dans le cadre de notre recherche, nous constatons aussi que la proportion des infirmières de notre échantillon qui détiennent un grade universitaire de baccalauréat, soit 50%, est similaire à celle de l'ensemble des infirmières qui exercent la profession en maintien à domicile à l'échelle provinciale. Notre échantillon présente donc des caractéristiques similaires à celles de la population infirmière québécoise en soutien à domicile, en ce qui a trait au plus haut niveau de scolarité complété (sans qu'il soit représentatif de celle-ci au sens statistique).

1.2 Nombre d'années d'expérience comme infirmière et comme infirmière en soutien à domicile

Le nombre d'années d'expérience comme infirmière et plus spécifiquement comme infirmière en soutien à domicile peut varier considérablement d'un participant à l'autre. Dans notre échantillon, nous pouvons constater que trois infirmières cumulent dix années d'expérience ou moins comme infirmière, que deux autres cumulent entre 11 et 20 années, alors que les trois dernières possèdent 21 années et plus. En ce qui a trait au nombre d'années d'expérience comme infirmière en soutien à domicile, nous constatons que la majorité des infirmières, soit six d'entre elles, exercent la profession dans ce secteur d'activités depuis dix années ou moins. Deux autres des infirmières de notre échantillon comptent à leur actif, quant à elles, entre 11 et 20 années d'expérience comme infirmière en soutien à domicile. Finalement, mentionnons que toutes les infirmières que nous avons interviewées ont déjà travaillé dans d'autres milieux de soins que le soutien à domicile.

Avant de conclure sur les données sociodémographiques des participantes à la recherche, nous pensons qu'il soit nécessaire de préciser certains points. Nous n'avons pas retenu l'âge ni le statut civil comme données sociodémographiques, car nous les avons considérés comme étant des données sensibles et n'apportant pas nécessairement un éclairage nouveau en fonction des questions de recherche auxquelles nous désirions répondre. En outre, ces données auraient pu permettre d'identifier des individus qui ont participé à la recherche. Nous pouvons toutefois

affirmer que les huit sujets se situent dans la tranche d'âge des 20 à 60 ans. Quant au nombre d'années d'expérience des sujets, il constitue une donnée nous informant suffisamment sur la variété des profils des individus ayant pris part à l'étude. Dans l'ensemble, les critères sociodémographiques nous ont permis de couvrir des profils personnels, professionnels et expérientiels hétérogènes. Finalement, en ce qui a trait au niveau de scolarité complété, nous verrons pour certains thèmes, comment les résultats varient en fonction de cette donnée.

Maintenant que nous avons présenté le profil sociodémographique sommaire des participants à la recherche, nous pouvons passer à l'étape de présentation et d'interprétation des résultats selon les rubriques que nous avons nommées dans l'introduction de cet avant-dernier chapitre.

2. ENGAGEMENT DES INFIRMIÈRES EN MATIÈRE DE FORMATION INFIRMIÈRE CONTINUE (FIC)

La présente section des résultats permettra de répondre aux questions de recherche portant principalement sur l'engagement en matière de FIC des infirmières en maintien à domicile ainsi que sur les activités de FC qu'elles poursuivent, puisque ces activités font partie intégrante de leur engagement.

Dans le cadre des entrevues semi structurées que nous avons réalisées, l'engagement des infirmières en matière de FIC était un thème prédéfini de l'analyse. Rappelons que « l'engagement », au sens où nous l'avons défini dans le deuxième chapitre du mémoire, fait principalement référence aux attitudes et comportements de l'infirmière qui sont favorables à la FIC et qui en montrent son importance. L'engagement sous-tend aussi certaines notions de responsabilité, d'initiatives et d'actions existantes, dans ce cas-ci, en matière de prise en charge de la FIC. Les infirmières n'utilisent pas comme tel le terme « engagement » dans leur vocabulaire. Il s'agit d'une rubrique que nous avons créée durant notre processus d'élaboration du

cadre de référence, des questions de recherche et du guide d'entrevue, puis que nous avons conservée dans la réduction des données, lors de l'analyse.

Ainsi, dans notre analyse, nous avons établi que trois thèmes principaux contribuent à caractériser l'engagement des infirmières en matière de FIC (Figure 7).

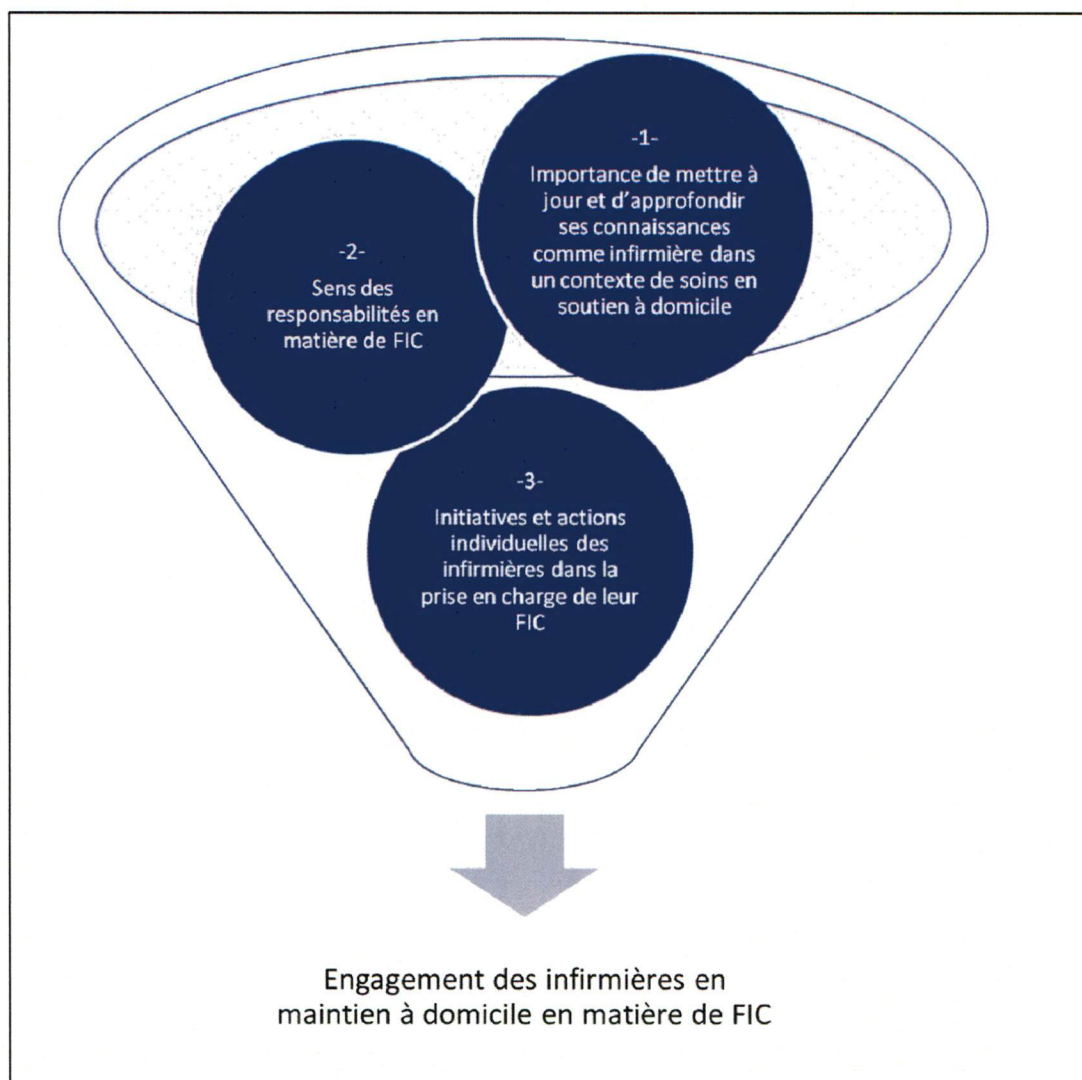


Figure 7 : Thèmes principaux caractérisant l'engagement des infirmières en maintien à domicile en matière de FIC

Le premier thème touche l'importance de mettre à jour et d'approfondir ses connaissances comme infirmière, dans un contexte de soins en soutien à domicile, tandis que les deuxième et troisième thèmes abordent respectivement le sens des responsabilités en matière de FIC ainsi que les initiatives et les actions des infirmières de maintien à domicile dans la prise en charge de leur FIC. Les trois prochaines sections nous en apprendront un peu plus sur ces thèmes.

2.1 Importance de mettre à jour et d'approfondir ses connaissances comme infirmière, dans un contexte de soins en soutien à domicile

L'analyse des entrevues nous a permis de constater que les infirmières ont généralement une attitude favorable à la FIC. Cette attitude favorable, apparaît de façon marquée, dans les propos des infirmières, lorsqu'elles expliquent comment la FIC joue un rôle clé pour mettre à jour et approfondir leurs connaissances comme infirmière, plus particulièrement dans un contexte de soutien à domicile. Cette importance de mettre à jour ses connaissances et de les approfondir, toutes les infirmières en ont discuté spontanément, dès que nous abordions la notion de FIC. D'ailleurs, elles ont exprimé quelques raisons ou motifs qui les incitent à se positionner ainsi au regard de la FIC. Comme l'illustre la Figure 8, parmi ces raisons ou ces motifs, nous y retrouvons la nécessité de suivre l'évolution, le développement de compétences particulières pour la prise en charge de situations de soins complexes et finalement, la gestion des risques inhérents à la pratique infirmière en soutien à domicile.

2.1.1 Nécessité de suivre l'évolution

Dans le verbatim des entrevues, nous avons pu remarquer que le mot « évolution » est souvent utilisé par les infirmières pour soutenir l'importance de mettre à jour leurs connaissances et de les approfondir.

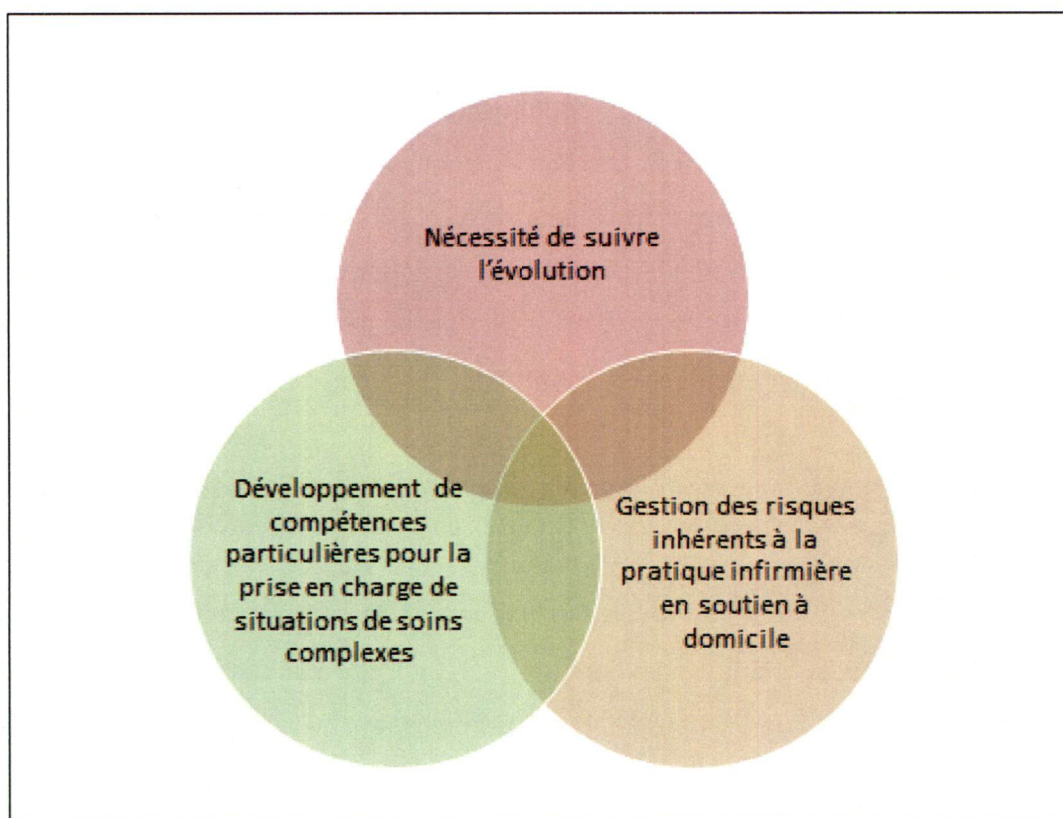


Figure 8 : Raisons qui amènent les infirmières à reconnaître l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances

Dans certains cas, il s'agit de l'évolution des maladies, par exemple, comme chez plusieurs clients atteints de cancer dont le suivi oncologique se réalise de plus en plus dans la communauté et moins en milieu hospitalier. Auparavant, ces clients ne bénéficiaient pas d'autant de traitements à visée palliative comme c'est le cas aujourd'hui. L'arrivée de nouveaux médicaments et de nouveaux traitements constituent donc aussi des motifs importants qui justifient la mise à jour et l'approfondissement de ses connaissances comme infirmière.

« [La formation continue,] bien c'est pour être à jour dans nos connaissances et développer de nouvelles connaissances qu'on n'a pas par rapport à l'évolution des maladies et des nouvelles médications, nouveaux traitements. Dans le fond c'est une mise à

jour pour approfondir nos connaissances. C'est important » (S4 : 217-221).

En plus des maladies, des médicaments et des traitements qui évoluent, les façons dont les infirmières prodiguent les soins et les traitements, et les moyens qu'elles utilisent pour le faire, évoluent eux aussi. La percée de nouvelles technologies, comme en témoigne l'extrait ci-dessous, implique que les infirmières soient en mesure de s'approprier le fonctionnement de ces dispositifs pour soigner adéquatement la clientèle.

« [...] le domaine de la santé, ça évolue tout le temps et moi ça fait [plus de 15 ans] que j'ai fini mon cours d'infirmière. Si je restais avec les mêmes barèmes ou références que j'ai appris à l'école, bien je serais loin en arrière. Je trouve que... je te donne un exemple : les pompes VAC pour les plaies, c'est nouveau et bon si ça m'arrivait demain matin, je devrais lire, parce que je ne saurais pas comment. Je trouve qu'il y a de l'évolution et il faut suivre l'évolution, c'est important pour rester à jour » (S8 : 733-740).

Chez les infirmières que nous avons rencontrées, le souci de rester à jour constitue une préoccupation constante. Elles ont la perception que le fait de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances au moyen de la FIC contribue à l'évolution des soins et à l'avancement de la profession infirmière.

« La formation continue, c'est important pour l'évolution des soins, l'avancement de la profession aussi. C'est essentiel de toujours être à jour, d'avoir les dernières connaissances. C'est important comme infirmière de toujours se tenir à jour. Tout change tellement rapidement, il faut pouvoir suivre ces changements si on ne veut pas devenir dépassés » (S1 : 070-074)».

Non seulement les infirmières considèrent important de posséder les connaissances les plus actuelles, mais le véritable défi qu'elles amènent à notre attention ici relève principalement du rythme rapide avec lequel les connaissances évoluent ou changent. Selon les infirmières, la FIC joue un rôle majeur dans l'acquisition de nouvelles

connaissances qui permettent de toujours rester à l'affût des tendances dernier cri et des développements.

Au-delà de l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances, les infirmières ont la perception que la FIC leur permet de poser un regard différent sur leur pratique clinique.

« [Avec la FC,] je peux faire avancer les choses aussi. Tu sais des fois, plus on est formé, plus on va s'amener à réfléchir pour faire bouger, changer les choses. Quand quelque chose ne va pas bien, on le perçoit un peu plus » (S1 : 075-077).

La FIC n'apporterait donc pas seulement de nouvelles connaissances aux infirmières, mais elle les inciterait aussi à réfléchir pour concevoir différemment et améliorer certains aspects de leur pratique qu'elles perçoivent comme nécessitant un changement. À quelque part, nous prenons conscience que les infirmières ne veulent pas simplement suivre l'évolution de manière passive, mais plutôt de prendre part plus activement à cette évolution en faisant « bouger » et « changer les choses » dans leur pratique, principalement pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Ce changement dans la pratique, pour certaines infirmières, se traduit concrètement par de nouvelles façons d'intervenir qui peuvent entre autres leur permettre de mieux évaluer les besoins des clients et par conséquent, de mieux intervenir auprès d'eux.

« C'est primordial la formation continue, parce que ça nous maintient, ça nous permet de développer de nouvelles façons d'intervenir. Ça nous apporte des éléments neufs, ça contribue à l'évolution de la profession, de notre façon de faire, de notre façon d'être; de cibler mieux les besoins des clients aussi. Puis ça évolue aussi dans le sens qu'on intervient mieux auprès de notre clientèle » (S6 : 515-522).

Les infirmières ont donc la conviction que la FIC est essentielle non seulement pour maintenir leurs connaissances à jour, mais aussi pour changer leurs façons de faire et ainsi mieux intervenir auprès de la clientèle³⁴.

2.1.2 Développement de compétences particulières pour la prise en charge de situations de soins complexes

En plus de la nécessité de suivre l'évolution, nous avons pu remarquer que le développement de compétences particulières pour la prise en charge de situations de soins complexes constitue un motif prépondérant justifiant l'importance de mettre à jour et d'approfondir ses connaissances comme infirmière.

En effet, la tendance veut que les infirmières doivent prendre en charge et gérer, de façon accrue et plus autonome qu'auparavant, des situations de soins complexes. Pour elles, la FIC leur permet de mieux prendre en charge ces situations.

« Avant, on était porté, si on avait pas la connaissance, à référer ou orienter le patient vers une autre ressource professionnelle. On appelait le médecin pour qu'il fasse une demande dans un hôpital, le patient était sur une liste. Éventuellement, il devait se déplacer pour être vu. La formation continue nous aide à baisser ces listes d'attente, facilite et accélère les traitements, quand on a les connaissances pour bien gérer le cas de notre patient. C'est sûr que ça aide à gérer des situations plus complexes» (S4 : 579-586).

Le fait que les infirmières acquièrent de nouvelles connaissances peut leur permettre dans certains cas, d'assurer le suivi d'un client qui autrement, aurait dû attendre pour être évalué ou recevoir des soins et des services par un autre professionnel. Cet extrait

³⁴ Une section ultérieure des résultats portera d'ailleurs sur les retombées concrètes de la FIC sur la pratique clinique des infirmières en soutien à domicile.

d'entrevue qui précède illustre bien le potentiel que possède la FIC d'outiller et d'habiliter les infirmières à prendre en charge et à gérer des situations de soins complexes, même à domicile. La FIC devient donc un levier qui assure une prise en charge adéquate de la clientèle, en fonction de ses besoins. Ainsi, la FIC permet aux infirmières, dans certains cas, non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances, mais aussi de développer des compétences afin de bien prendre en charge les situations de soins complexes.

« [...] j'ai appris de nouvelles choses intéressantes que oui je peux appliquer dans ma pratique clinique, parce que ce colloque-là traitait de cas complexes et nous on ne sait pas toujours quoi faire avec parce que ça demande des compétences particulières» (S5 : 916-919).

Pour une clientèle qui, rappelons-le dans le contexte-ci de l'étude, est généralement en perte d'autonomie (qui est aussi souvent associée à une mobilité réduite), l'accès à des soins requis par sa condition de santé constitue un service essentiel pour continuer à vivre dans la communauté. Par conséquent, le fait que l'infirmière puisse prendre en charge elle-même ces situations complexes en ayant les connaissances et les compétences pour le faire fait en sorte qu'elle rend accessible au client les soins requis par sa condition de santé, chez lui.

2.1.3 Gestion des risques inhérents à la pratique infirmière en soutien à domicile

Le fait de prendre en charge des situations de soins complexes implique non seulement d'avoir les connaissances et les compétences pour le faire, mais aussi de gérer adéquatement les risques inhérents à celles-ci. Une infirmière nous a confié que la FIC constitue un moyen important pour outiller l'infirmière à gérer ces risques.

« [La FC sert à] outiller les infirmières à gérer les risques. En SAD, on gère des risques. Ça m'est arrivé de me coucher le soir avec des clients en tête. La gériatrie, la complexité des cas, avec les

démences entre autres, ça fait en sorte qu'on doit gérer des risques »
(S10 : 937-941).

Ainsi, la FIC devient un moyen qui permet à l'infirmière d'assurer des soins qui tiennent compte des risques de la condition de santé du client. Par conséquent, la FIC permet aux infirmières d'assurer au client un maintien à domicile optimal, en termes de soins, mais aussi en termes de sécurité.

En résumé, nous pouvons affirmer que les infirmières entretiennent des attitudes favorables à l'égard de la FIC et que celle-ci occupe une place de choix pour la mise à jour et l'approfondissement de leurs connaissances. Trois principales raisons amènent les infirmières à reconnaître justement l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances. Premièrement, il y a la nécessité de suivre l'évolution des maladies, des progrès scientifiques et technologiques, des médicaments et des traitements. Deuxièmement, il y a le développement de compétences particulières pour la prise en charge de situations de soins complexes. Troisièmement, le fait que les infirmières développent de nouvelles compétences leur permet aussi d'assurer une gestion adéquate des risques inhérents à la pratique infirmière en soutien à domicile. De plus, nous avons constaté que l'engagement des infirmières ne se limite pas à l'importance qu'elles accordent à la mise à jour et à l'approfondissement de leurs connaissances, mais qu'il s'enracine aussi dans le sens des responsabilités dont elles font preuve en matière de FIC.

2.2 Sens des responsabilités en matière de formation infirmière continue (FIC)

En plus des attitudes favorables à la FIC que nous avons vues dans l'importance qu'accordent les infirmières de maintien à domicile à la mise à jour et à l'approfondissement de leurs connaissances, l'engagement implique une notion de responsabilité en matière de FIC. Cette dimension relative à la responsabilité, nous l'avons abordée avec les infirmières.

Dans le cadre de notre étude, le sens des responsabilités fait référence à l'obligation, à l'implication et à la prise en charge de la FIC, que ce soit par l'infirmière ou encore par son employeur. Pour les infirmières que nous avons rencontrées (n= 8), la FIC fait partie intégrante de la profession infirmière.

« [...] en tant qu'infirmière, on va apprendre toute notre vie et il faut apprendre toute notre vie, si on veut être à jour. Se mettre à jour, ça fait partie d'être infirmière, pour donner les meilleurs soins possibles » (S5 : 775-778).

Cet extrait qui précède nous amène à penser que la responsabilité en matière de FIC se rattache à la responsabilité de prodiguer des soins de qualité à la clientèle.

Deux des infirmières que nous avons rencontrées ont fait référence au Code de déontologie selon lequel l'infirmière se doit personnellement de veiller à mettre ses connaissances à jour pour demeurer compétente : « Ça fait partie de notre Code de déontologie d'être à jour, d'être actuelle » (S8 : 808). Les autres infirmières que nous avons rencontrées nous ont aussi mentionné qu'elles ont une responsabilité individuelle en matière de FIC et qu'elles assument cette responsabilité.

« Écoute, je pense que nous avons une responsabilité individuelle, dans un premier temps de dire : « J'ai besoin de me développer comme intervenante ». De ne pas toujours attendre après l'employeur non plus. Je pense qu'il y a des choses qui m'appartiennent. [...] Si je regarde d'autres professionnels, ils ont cette responsabilité. Les médecins, ils vont aller à des conférences, à des journées complètes sur leur temps; quand ils ne sont pas au bureau, l'argent n'entre pas. Comme infirmière, j'ai aussi ma responsabilité [...] Ça m'appartient aussi de me former. Moi, ma responsabilité, je vais lire chez moi, je vais aller [...] à des conférences [...]. Je suis prête à le faire quand la thématique m'intéresse. Ça c'est mon implication, c'est mon temps à moi, je ne le charge pas. J'ai cette responsabilité-là pour me maintenir à date aussi » (S10 : 639-659).

Les infirmières font preuve d'un sens des responsabilités et elles s'impliquent dans la mise à jour de leurs connaissances. Elles s'investissent personnellement dans cette démarche. Elles considèrent par ailleurs que leur employeur a lui aussi un rôle à jouer, une part de cette responsabilité à assumer.

« Ça fait partie eux aussi de leur responsabilité de nous garder à jour. Il [l'employeur] doit pouvoir se dire qu'il fait ce qu'il a à faire pour ses employés » (S10 : 845-847).

Il s'agit donc en quelque sorte d'un sens des responsabilités partagé entre l'infirmière et son employeur. En effet, l'ensemble des infirmières qui ont participé à l'étude soutiennent que l'employeur (ou l'établissement de santé et de services sociaux) est lui aussi responsable, dans sa mission, d'assurer à la population des soins de qualité.

« Ça devrait aussi venir de l'employeur d'avoir ce souci-là de la formation continue, pour justement avancer, avoir une démarche structurée pour s'assurer de la qualité des soins à la population » (S6 : 209-212).

Par conséquent, comme les infirmières considèrent que la FIC constitue un moyen d'assurer à la clientèle des soins de qualité, elles considèrent également que l'employeur doit lui aussi faire preuve d'un sens des responsabilités en matière de FIC envers elles (les infirmières). Le fait d'assurer à la clientèle des soins de qualité constitue un but commun pour l'employeur et les infirmières, ce qui fait en sorte que le moyen pour y arriver, la FIC, devrait faire l'objet d'un partage de responsabilité entre eux.

Ceci dit, ce n'est toutefois pas l'ensemble des infirmières qui ont pris part à l'étude qui perçoivent ce sens des responsabilités en matière de FIC de la part de leur employeur. En fait, elles ne sentent pas précisément que la FIC constitue, pour leur employeur, une préoccupation à la hauteur de leurs attentes.

« [...] je ne sens pas la préoccupation de l'employeur. Est-ce que c'est parce que c'est budgétaire? Tu sais, on n'est pas dans le secret des dieux entre ce qui est possible et ce qui est véhiculé. On ne la sait pas leur philosophie de soins, mais je ne ressens pas la formation continue comme dans la culture de soins dans le fond. Je dirais que les deux sont responsables dans le fond, je dirais que c'est parce que j'ai ce souci-là qui me vient de ma formation universitaire... Mais j'aurais aimé qu'on puisse se rejoindre les deux; faire chacun un bout de chemin » (S6 : 831-838).

Nous comprenons qu'en termes de sens des responsabilités, les infirmières ont généralement la perception que dans les faits leur employeur n'accorde pas suffisamment d'importance à la FIC.

Pour conclure ce deuxième thème qui porte sur le sens des responsabilités en matière de FIC, nous pouvons affirmer que les infirmières en soutien à domicile ont la perception que la FIC est une responsabilité qu'elles ont individuellement et qu'elles croient et souhaitent partager celle-ci en partie avec leur employeur. Cela dit, on ne sait trop quelle est la part respective de responsabilité de chacun d'eux, bien qu'employeur et infirmières visent une cible commune qui soit d'assurer à la population des soins de qualité.

2.3 Initiatives et actions individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur formation infirmière continue (FIC)

Outre l'importance de la mise à jour et de l'approfondissement de ses connaissances comme infirmière dans un contexte de soins en soutien à domicile et le sens des responsabilités individuelles en matière de FIC, l'engagement en matière de FIC se caractérise aussi par les initiatives et les actions individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur FIC. Dans ce troisième et dernier thème de la rubrique portant sur l'engagement des infirmières en matière de FIC, nous verrons que ces initiatives et actions individuelles des infirmières peuvent reposer sur trois éléments (Figure 9) qui sont : (1) la recherche d'informations sur les activités de formation

continue (FC) existantes, (2) la recherche de soutien pour participer à des activités de FC et (3) la participation proprement dite à des activités de FC.



Figure 9 : Éléments qui caractérisent les initiatives et les actions individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur formation infirmière continue (FIC)

2.3.1 Recherche d'informations sur les activités de formation continue (FC) existantes

La recherche d'informations constitue une étape importante qui permet à l'infirmière de connaître l'offre des activités de FC existantes. À cette étape, la recherche permet aussi à l'infirmière de cibler certaines activités qu'elle pourrait éventuellement suivre. Cette recherche, elle la mène de façon autonome la plupart du temps.

« [...] pour les soins de plaies, j'ai trouvé la formation en fouillant et j'ai demandé [à mon employeur] si je pouvais y aller. Et j'ai demandé si ça pouvait être défrayé. C'est nous qui devons prendre les devants » (S1 : 130-135).

Cet extrait montre effectivement l'initiative dont font preuve des infirmières, de façon spécifique, dans la recherche d'activités de FC et par conséquent, dans la prise en charge de leur FIC. Nous pouvons aussi affirmer que cette recherche d'activité de FC et surtout le fait d'interpeller l'employeur pour participer à l'une ou l'autre de ces activités, constitue une occasion où l'infirmière fait aussi connaître ses besoins de FC à ce dernier.

De plus, dans certaines entrevues que nous avons réalisées, les infirmières ont mentionné les moyens qu'elles utilisent pour rechercher des activités de FC ou pour mieux connaître l'offre des activités de FC. Parmi ces moyens, nous avons identifié la consultation d'affiches sur les babillards de l'établissement (n= 2), la consultation du programme annuel de FC de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (n= 4), l'inscription à des veilles documentaires pour des sujets d'intérêts qu'elles ont (n= 1) ou encore l'échange d'informations avec d'autres collègues de travail (n= 2). L'extrait qui suit témoigne de cet échange d'informations entre les infirmières sur l'offre des activités de FC.

« Tu vois, il y a une infirmière qui reçoit plein d'offres de formation parce qu'elle est abonnée à plein de choses, d'associations, de regroupements... Donc elle me transfère l'info sur les activités qu'elle pense pertinentes à notre pratique et on les regarde pour voir si des choses nous intéressent » (S5 : 933-937).

Comme en témoigne les deux extraits précédents, la recherche d'informations sur les activités de FC peut être effectuée seule, de façon autonome, ou avec des collègues de travail et par différents moyens.

Finalement, nous pouvons affirmer que la recherche d'informations sur les activités de FC existantes constitue la première forme d'action ou d'initiative individuelle des infirmières en matière de FIC. Les deux sections qui suivent traiteront des deux autres formes d'action ou d'initiatives individuelles des infirmières en matière de FIC qui sont : la recherche de soutien pour participer à des activités de FC et la participation proprement dite à des activités de FC.

2.3.2 Recherche de soutien pour participer à des activités de formation continue (FC)

La recherche de soutien pour participer à des activités de FC comprend les démarches que réalise l'infirmière auprès d'un (ou de plusieurs) organisme(s) afin que celui-ci (ou ceux-ci) la soutienne(nt) d'une quelconque façon dans le but qu'elle participe à une activité de FC. Dans ce cas-ci, nous excluons la recherche de soutien financier auprès de l'employeur, car ce type de soutien sera traité ultérieurement dans la rubrique s'intéressant aux facteurs qui influencent l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC. Il est important de mentionner que ce ne sont pas toutes les infirmières qui vont rechercher du soutien dans le but de participer à des activités de FC.

Parmi les huit infirmières qui ont participé à l'étude, seulement deux ont clairement affirmé rechercher du soutien financier auprès d'un organisme ou d'une autre instance que l'employeur pour participer à des activités de FC. Elles ont exprimé rechercher cette forme de soutien externe dans le but d'obtenir une aide financière permettant de défrayer une partie des coûts de la formation. Ce soutien recherché est donc essentiellement de nature pécuniaire.

« Souvent quand je fais une demande de formation, je vais essayer que ce soit [***] qui me la paie, le [***], etc. [L'employeur me paie] seulement la journée comme si j'étais au travail et ça ne coûte rien d'autre » (S10 : 764-767).

Cette recherche de soutien auprès d'une autre instance que l'employeur semble faciliter l'accès aux activités de FC. C'est ce que nous ont confié deux infirmières en entrevue. Deux raisons pourraient expliquer cela, selon ces infirmières. Premièrement, l'employeur n'a pas à financer l'activité de FC à laquelle l'infirmière va assister. Deuxièmement, l'infirmière qui s'absente du travail pour suivre une activité de FC n'est généralement pas remplacée dans ses fonctions. En conséquence, les impacts du côté de l'employeur semblent moins importants, en termes de dépenses, ce qui favoriserait l'accès aux activités de FC pour les infirmières ayant trouvé une tierce partie prête à financer les activités de FC qu'elles souhaitent réaliser. Toutefois, cette situation implique que l'infirmière, qui s'absente du travail pour participer à une activité de FC, planifie et organise la répartition de son travail et les priorités de ses visites à domicile autrement.

« On est parfois remplacé, parfois non. Des fois, il faut s'organiser, réorganiser notre horaire pour avoir un temps libre [pour la FC] »
(S8 : 797-799).

Ce que nous comprenons à la lumière de nos analyses, c'est que la recherche de soutien ne constitue pas un prérequis qui soit essentiel pour prendre part à une activité de FC. Cependant, il est indéniable que le fait de trouver ce type de soutien puisse permettre à l'infirmière d'accéder plus facilement à des activités de FC, à moindres coûts pour elle. Voilà ce qui termine ce thème portant sur la recherche de soutien pour participer à des activités de FC.

2.3.3 Participation à des activités de formation continue (FC)

Le troisième et dernier aspect qui caractérise les initiatives individuelles des infirmières dans la prise en charge de leur FIC, et par le fait-même leur engagement en matière de FIC, est la participation à des activités de FC. Effectivement, avant de connaître et de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'engagement, le choix

et la participation des infirmières au regard des activités de FC, il importe de documenter les activités de FC auxquelles elles participent.

Toutes les infirmières que nous avons rencontrées en entrevue nous ont affirmé participer à des activités de FC. Nous avons remarqué que les activités auxquelles elles participent sont très variées et nombreuses. Nous décrirons ces activités dans les lignes qui suivent.

Afin d'être en mesure de dresser un portrait clair des activités de FC que réalisent les infirmières, nous avons choisi de classer celles-ci selon une typologie. Dans le cadre de référence, nous avons présenté la typologie des activités de FC développée par Binamé (2005). Elle faisait référence à des activités de FC formelles ou informelles. Dans le cadre de notre recherche, en analysant les données, nous avons constaté que la typologie développée par Binamé (2005) ne permettait pas de classer avec précision l'ensemble des activités de FC que réalisent les infirmières en maintien à domicile. En consultant la littérature grise, nous avons découvert une autre typologie, cette fois-ci, proposée par l'Union patronale suisse (2010). C'est de cette dernière dont nous nous sommes le plus inspiré dans le cadre de notre analyse pour classer les activités de FC que réalisent les infirmières en soutien à domicile. La typologie de l'Union patronale suisse propose trois types d'activités de FC (formelles, non formelles et informelles), contrairement à celle de Binamé qui en compte seulement deux (formelles et informelles). Toutefois, les caractéristiques utilisées par l'Union patronale suisse pour définir chacun des trois types d'activités de FC ne sont pas toujours explicites ou claires. C'est pourquoi nous avons développé notre propre approche de classification des activités de FC qui s'inspire à la fois des trois types d'activités de FC établis par l'Union patronale suisse et de quelques caractéristiques empruntées à la typologie développée par Binamé (2005). Cette nouvelle approche hybride permet de mieux classer les activités de FC que suivent les infirmières à partir de caractéristiques claires et de réaliser une analyse plus fine, plus précise et plus nuancée des données. Les trois sous-sections qui suivent servent à

décrire nos résultats en fonction de cette nouvelle approche de classification des activités de FC.

Activités de FC formelles. Nous avons regroupé sous les activités de FC formelles toutes les activités que suivent les infirmières et qui leur permettent de cumuler des crédits ou des unités de formation (UFC) ou d'éducation continue (UÉC) ou encore d'obtenir une attestation ou une certification (Tableau 6). Le nombre d'infirmières qui participent à des activités de FC formelles est légèrement inférieur, mais similaire à celui des infirmières qui participent à des activités de FC non formelles. Pendant les entrevues, les infirmières nous ont renseigné sur le contenu des activités de FC formelles qu'elles ont suivies. À titre d'exemples, dans le cadre du programme annuel de FC de l'OIIQ, les activités en lien avec les soins de plaies de même que le plan thérapeutique infirmier ont souvent été rapportées par les participants. Dans les activités qui mènent à une attestation ou encore à une certification, la réanimation cardio-respiratoire, la formation en ligne sur la pandémie de la grippe A H₁N₁ et la formation sur la détection des punaises de lit ont été les plus souvent mentionnées par les infirmières en maintien à domicile. Du côté des cours universitaires, ceux qui sont en lien avec la gériatrie, la santé communautaire, la gestion et les soins de plaies ont été les plus relevés.

Tableau 6

Activités de formation continue (FC) réalisées par les infirmières de maintien à domicile selon une approche inspirée de Binamé (2005) et de l'Union patronale suisse (2010)

Type d'activités de FC	Activités de FC spécifiques suivies par les infirmières en maintien à domicile*	Occurrences (maximum possible=8)*
Activités de FC formelles		
	• Cours universitaires	2
	• Activités dans le cadre du programme annuel de FC de l'OIIQ	3
	• Activités qui mènent à l'obtention d'une attestation ou d'une certification	3
Activités de FC non formelles		
	• Conférences (exemple : dans le cadre de colloques ou de congrès)	3
	• Consultations d'experts	3
	• Échanges sur des lectures réalisées et discussions de cas (dans le cadre d'une réunion d'équipe)	3
Activités de FC informelles		
	• Lectures personnelles (exemples : volumes de références, articles scientifiques, consultation de sites internet)	8

*Les données relatives aux activités de FC spécifiques suivies par les infirmières en maintien à domicile et leur occurrence peuvent remonter jusqu'en 2009 (de 2009 à 2011 inclusivement).

Activités de FC non formelles. Contrairement aux activités de FC formelles, les activités de FC non formelles ne mènent pas à l'obtention d'une quelconque reconnaissance officielle d'acquisition de connaissances ou encore de développement de compétences qui se traduit par l'émission d'une attestation ou encore d'une

certification, par exemple, au nom de l'infirmière qui a participé à l'activité de FC. Elles ne mènent pas non plus à l'obtention de crédits ou d'unités de formation (UFC) ou d'éducation continue (UÉC). Par contre, ce sont des activités externes relativement structurées, contrairement aux activités de FC informelles, qui elles, sont plus des actions d'apprentissage individuelles, spontanées et se déroulant souvent dans l'immédiat. Les infirmières que nous avons rencontrées disent prendre part à plusieurs conférences (exemples : gestion de la douleur, soins de fin de vie) qui se tiennent généralement dans le cadre de soirées, de colloques ou de congrès qui sont organisés. Nous avons aussi noté que la consultation d'experts, notamment utilisée dans le cadre de la téléassistance en soins de plaies, est importante dans les activités de FC non formelles des infirmières en maintien à domicile. Les formations qui portent sur les soins, traitements et médicaments font elles aussi partie de cette catégorie. À titre d'exemples, certaines infirmières nous ont dit avoir suivi une formation sur :

- l'administration sécuritaire du Méthotrexate® et de l'Arédia®;
- les soins et l'entretien du matériel de néphrostomie;
- les soins de plaies (dans ce cas-ci, la formation suivie ne faisait pas l'objet d'une accréditation, de crédits ou d'unités de formation ou d'éducation continue.).

Finalement, mentionnons que certaines activités, comme des échanges sur des lectures réalisées et des discussions de cas cliniques se tiennent lors de réunions d'équipe. Une partie du temps, lors de ces rencontres, peut être consacrée à ces activités qui permettent aux infirmières non seulement d'échanger leurs connaissances, mais aussi d'en évaluer la pertinence en fonction du cas clinique qui fait l'objet de la discussion.

Activités de FC informelles. De leur côté, les activités de FC informelles réfèrent à des actions de formation souvent spontanées, autonomes et individuelles qui peuvent parfois même s'inscrire dans le travail de l'infirmière. Elles ne mènent à aucune reconnaissance ou attestation de formation qui soit reconnue, contrairement aux activités de FC formelles. Chez les infirmières en maintien à domicile, la seule activité de FC informelle que nous avons identifiée est la réalisation de lectures. Toutes les infirmières que nous avons rencontrées nous ont dit réaliser des lectures (pertinentes à leur pratique clinique) parmi leurs actions en matière de FIC.

Certains facteurs peuvent expliquer les raisons pour lesquelles les infirmières sont plus enclines à réaliser des activités de FC informelles qui sont, dans le cas de notre étude, des lectures personnelles. D'une part les activités de FC informelles sont facilement accessibles et peuvent même parfois être réalisées pendant les heures de travail de l'infirmière. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une infirmière est appelée à prodiguer un nouveau soin ou traitement ou encore à administrer un médicament qu'elle ne connaît pas et qu'elle réalise une lecture à ce sujet.

« Tu sais, des fois on a des nouveaux pansements qui rentrent ou que la clinique de soins de plaies du CHUS me recommande donc là je vais regarder un peu, par exemple, la monographie pour voir qu'est-ce que ça dit. Des fois il y a la revue de l'Ordre aussi que je regarde. [...] si j'ai un médicament à donner ou un traitement à faire que je ne connais pas, là je vais aller chercher l'information sur internet aussi [...] » (S4 : 151-155).

Nous constatons que des activités de FC informelles, comme la lecture, peuvent être réalisées dans l'immédiat ou presque, car elles impliquent moins de contraintes et sont faciles à concilier avec les tâches et les activités inhérentes aux fonctions de l'infirmière en maintien à domicile. Dans le cas que nous venons de présenter, il s'agit d'une situation plutôt ponctuelle dans laquelle l'infirmière souhaite trouver assez rapidement des informations dans le but de prodiguer un soin au client, quasi

dans l'immédiat. Cette lecture réalisée permet donc un accès rapide à des connaissances pour réaliser un traitement de façon sécuritaire chez le client et ainsi répondre au besoin du moment présent.

D'autre part, dans certains cas, les lectures que réalisent les infirmières sont plus exhaustives et deviennent souvent leurs principales activités de FC qui leur permettent d'acquérir ou encore d'approfondir leurs connaissances afin d'aller au-delà de l'information initiale qu'elles ont pu trouver par rapport, comme dans l'exemple précédent, à l'arrivée d'un nouveau médicament. La poursuite de cette démarche de lecture peut amener l'infirmière à rechercher des informations dans des livres ou d'autres écrits pertinents au sujet sur lequel elle veut peaufiner ses connaissances.

« L'autre fois, je suis passée devant la bibliothèque, il y avait un petit guide pratique en santé mentale. Je suis allée le chercher et je l'ai consulté. Toute la médication et tout ça, ce n'est pas une médication avec laquelle je suis familière. C'est vaste [...] Je m'aperçois que je rame moins [...] qu'en santé mentale. Je me dis, si je peux avoir quelque chose de plus structuré comme formation. Je sais que je ne deviendrai une experte en santé mentale, mais par contre, ça je vais aller lire ça. Ça m'a allumé une lumière. Tel outil qu'ils ont pour évaluer la détresse, développer cet aspect-là de la détresse avec un guide » (S10 : 541-543; 548-563).

Dans certains cas, cette lecture pourra en soi être une activité de FC qui répond au besoin de l'infirmière, mais dans d'autres cas, il ne s'agit là que d'un moyen de dresser un portrait qui établit les besoins de FC de l'infirmière, avant de participer à une activité de FC, par exemple, formelle ou non formelle. L'infirmière poursuivra alors une démarche pour trouver des activités de FC qui répondront à son besoin.

En terminant, nous réitérons que les actions et les initiatives des infirmières en matière de FIC consistent essentiellement à : (1) la recherche d'informations sur les activités de formation continue (FC) existantes, (2) la recherche de soutien pour

participer à des activités de FC (dans de rares cas) et (3) la participation proprement dite à des activités de FC, qu'elles soient formelles, non formelles ou informelles. Nous tenons également à rappeler que l'engagement des infirmières en matière de FIC se traduit par (1) leurs attitudes et comportements favorables à la FIC quant à l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances, (2) par leur sentiment de responsabilité individuelle en matière de FIC ainsi que par (3) leur participation aux activités de FC. Maintenant que nous avons exploré l'engagement proprement dit des infirmières en matière de FIC, la prochaine section des résultats servira à mieux connaître et à mieux comprendre les facteurs qui influencent non seulement leur engagement, mais aussi leur choix et leur participation au regard des activités de FC.

3. FACTEURS INFLUENÇANT L'ENGAGEMENT, LE CHOIX ET LA PARTICIPATION DES INFIRMIÈRES AU REGARD DES ACTIVITÉS DE FC

Après avoir exploré l'engagement des infirmières en matière de FIC, cette troisième partie des résultats répondra à notre deuxième question spécifique de recherche qui est « Quels sont les facteurs qui influencent la participation, l'engagement et les choix d'activités de formation continue chez des infirmières de soutien à domicile? ». Dans cette troisième partie du chapitre, nous verrons que ces principaux facteurs sont : 1) le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins, 2) la pertinence perçue des activités de FC, 3) le contexte de pratique en solo au maintien à domicile, 4) le temps disponible pour la réalisation des activités de FC; 5) l'accessibilité aux activités de FC et finalement 6) le soutien de l'employeur (Figure 10).

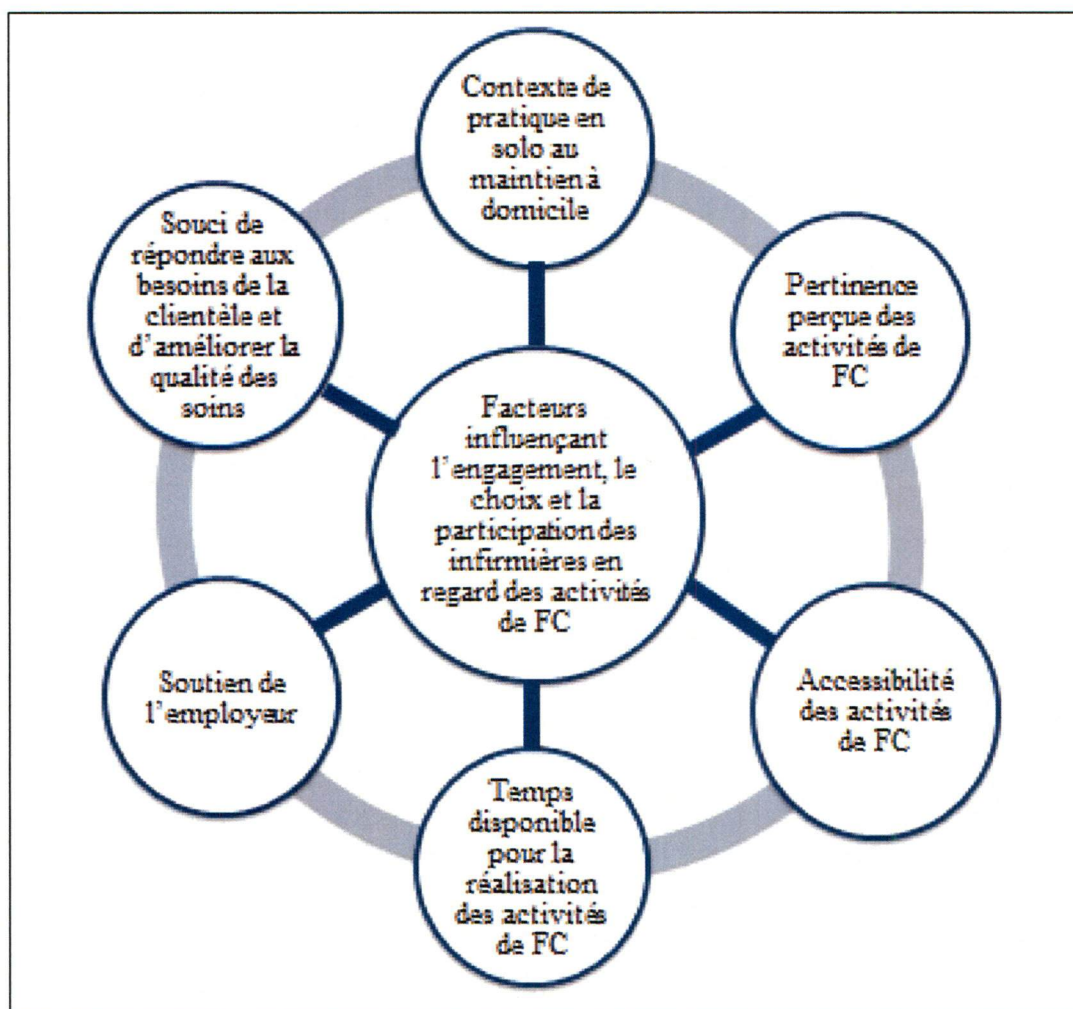


Figure 10 : Facteurs influençant l'engagement, la participation et le choix des infirmières au regard des activités de formation continue (FC)

3.1 Souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins

Le souci de répondre aux besoins de la clientèle est souvent ressorti des entrevues comme étant le principal élément qui amène l'infirmière non seulement à suivre des activités de FC, mais aussi à les choisir.

« La majeure partie de ce qui m'amène à suivre de la FC, c'est pour donner un meilleur soin au client, c'est sûr. [...] J'irai pas me former actuellement en soins postnatals, je ne suis pas là-dedans.

Ma formation continue va vraiment être orientée vers les besoins de ma clientèle » (S1 :066-068; 339-341).

En effet, le souci des infirmières de répondre aux besoins de la clientèle semble orienter leurs actions en matière de FIC. Il influence aussi leur engagement. Les besoins de la clientèle contribuent, en majeure partie, à définir leurs besoins de FC et par conséquent à choisir des activités de FC qui répondront le plus possible à ces besoins.

«Si je changeais de clientèle, je choisirais d'autres activités de FC. Moi je m'inscris toujours en lien avec mes besoins de formation, donc c'est certain que ça va répondre aux besoins de la clientèle. C'est toujours comme cela que ça part » (S6 : 884-887).

Les deux extraits présentés précédemment illustrent dans quelle mesure les infirmières placent au cœur de leur FIC les besoins de la clientèle qu'elles soignent en maintien à domicile. Ce souci de répondre aux besoins de la clientèle conduit les infirmières à vouloir réaliser de nouveaux apprentissages, à s'engager dans leur FIC.

« Il faut se souvenir que la FC c'est une source de motivation, de stimulation pour les infirmières. Tu donnes des outils à ton équipe pour mieux performer. C'est motivateur. Une équipe qui est *up to date* peut être gratifiée dans tout cela. [...] Quand on se sent performant, on est motivé à venir travailler, on a le goût d'en donner plus. Je pense que c'est important (S8 : 130-140).

Les infirmières ont le sentiment d'être performantes lorsqu'elles sont en mesure de répondre aux besoins de la clientèle. Pour elles, la FIC est une source de motivation qui les incite à s'investir encore davantage dans leur travail auprès de la clientèle et même à sortir en quelques sortes des sentiers battus pour oser essayer de nouvelles choses.

«La FC me met à jour, ça me stimule à me mettre à jour, ça me stimule à aller chercher ce que je ne trouve pas ailleurs, oser! [...] Ça me nourrit, ça m'excite. Je sais bien que ce n'est pas avec ça

qu'on paie... qu'on fait le paiement de la maison quand vient le temps de payer au mois, mais c'est tellement nourrissant, c'est tellement motivant pour les gens. Tout le monde veut apprendre. Tout le monde veut bien faire» (Sj10, ln 858-860; 947-950).

Ce désir de réaliser de nouveaux apprentissages est une source de motivation qui amène l'infirmière à suivre des activités de FC, non seulement dans le but de répondre aux besoins de la clientèle, mais aussi d'améliorer la qualité des soins avec cette préoccupation, comme elles le disent, de « bien faire ».

3.2 Pertinence perçue des activités de formation continue

Même si les infirmières expriment un profond désir de réaliser de nouveaux apprentissages qui leur permettront principalement de répondre aux besoins de leur clientèle, encore faut-il que les activités qu'elles suivent ou qui leur sont offertes soient pertinentes, à leurs yeux, à ces besoins et au contexte de pratique en soutien à domicile. La pertinence, pour les infirmières que nous avons rencontrées, réfère à l'utilité des activités de FC suivies dans la pratique clinique. C'est cette utilité perçue qui oriente souvent leurs choix d'activités de FC et leur participation à ces activités de FC.

« Bien l'utilité qu'elle va m'apporter dans mon travail. Plus la formation va être utile, plus c'est quelque chose que je vais voir souvent, je pense que c'est plus ça que je vais aller chercher » (S1 : 377-380).

La pertinence des activités de FC a fait l'objet de plusieurs propos dans le cadre des entrevues. De façon générale, nous pouvons affirmer que les infirmières suivent des activités de FC qui sont, selon elles, pertinentes à leur pratique clinique.

« La plupart du temps les activités de FC que je suis sont pertinentes à ma pratique et répondent à mes besoins » (S9 : 778-782).

Nous constatons aussi que les activités de FC que suivent les infirmières sur une base volontaire et qu'elles ont elles-mêmes choisies semblent encore plus pertinentes, à leurs yeux, à leur pratique clinique.

« La pertinence des activités que je suis, elle est là. [...] Des fois ici ils en offrent, par le CSSS, mais c'est rarement en lien avec nos besoins vis-à-vis notre clientèle. Ça ne comble pas nos besoins. Souvent, c'est en rapport à des chercheurs plutôt qu'autrement, souvent en anglais, s'adressant à des chercheurs et à des médecins. Ça ne nous rejoint pas » (S10 : 778-780; 391-395).

Les infirmières interviewées remettent donc parfois en question la pertinence de certaines activités de FC qui leur sont offertes ou encore imposées au sein de leur établissement. Elles voient plus ou moins, dans certains cas, le potentiel de retombées de ces activités de FC dans leur pratique clinique auprès de leur clientèle, en termes de réponses à leurs besoins de santé.

« [...] mais c'est sûr qu'il y en a toujours eu un peu [des activités de FC moins pertinentes à la pratique clinique]. Par exemple, la formation sur la pandémie qu'on a reçue l'an passée. Moi, personnellement, j'ai toujours trouvé cette histoire-là trop poussée. Ce n'était pas vraiment pertinent. Ça, c'est mon opinion à moi. Puis en fin de compte, on l'a vu, ça n'a rien donné. Mais je trouvais que c'était un peu exagéré. Il faudrait rester au CLSC le soir, coucher là. Ils allaient ouvrir des bureaux, des chambres. On allait être en scaphandrier. On s'est fait faire des peurs avec ça. C'était un peu trop. Puis là, récemment, cela a été la même chose avec les punaises de lit. [...] Je sais que c'était imposé par l'Agence, mais c'était trop! [...] J'ai dû suivre une formation sur la vaccination payée un soir à taux supplémentaire de 16h30 à 18h30 et suite à cela, on ne m'a jamais appelé pour aller faire de la vaccination. On m'a payée pour me former et je n'ai jamais eu à faire de vaccination! » (S4 : 287-296).

Les infirmières considèrent qu'une activité de FC est pertinente non seulement lorsqu'elle leur permet de répondre aux besoins de la clientèle, mais aussi lorsqu'elle leur permet de le faire le plus efficacement possible. Cet élément peut aussi les orienter dans leurs choix d'activités de FC.

« [...] moi je vais aller chercher l'information ou la FC qui va m'être directement utile parce que je n'ai pas beaucoup de temps. Il faut que ce soit le plus rentable possible. Il faut que ça l'ait un sens dans ce que je fais, auprès de mes clients» (Sj6, ln 978-983).

Nous avons aussi pu constater que la pertinence des activités de FC ne repose pas uniquement sur l'utilité perçue au plan de la pratique effective. D'autres critères de pertinence sont mentionnés par les infirmières. En effet, en plus d'être perçue utile, l'activité de FC offerte ou suivie par l'infirmière doit permettre à cette dernière de fonder ses interventions sur des sources reconnues, dont des résultats probants.

« Moi, j'ai ce besoin-là d'aller chercher l'information pour être le plus pertinente possible dans mes interventions, de bien fonder mes interventions sur des choses reconnues » S6 : 637-638).

En plus de lui permettre de fonder ses interventions sur des sources reconnues, l'activité de FC devrait aussi donner à l'infirmière de nouveaux outils qu'elle utilisera dans sa pratique clinique.

« Ce qui est intéressant aussi, ce sont les outils qu'on peut ramener des colloques ou des formations. [...] On va chercher des outils pour améliorer notre pratique [...] » (S5 : 974-976).

Finalement, le dernier critère établissant la pertinence d'une activité de FC, selon les infirmières, est la crédibilité du formateur qui donne l'activité de FC. La crédibilité implique d'abord de détenir, comme formateur, une expertise dans le domaine qui fait l'objet de la formation. Idéalement, le formateur devrait aussi avoir à son actif une expérience en soutien à domicile ou à tout le moins, être conscient de la réalité de pratique des infirmières en soutien à domicile qui est différente des centres hospitaliers. Dans le cadre des entrevues, les infirmières ont relaté quelques expériences où elles remettaient en question la crédibilité du formateur.

« Avec les soins de sonde urinaire, ils nous disaient de débrancher le moins possible le sac lors des soins. Il faudrait brancher le sac de nuit avec le sac de jour pour pas désabouter et rabouter constamment. On se disait c'est bien beau, mais la personne âgée qui se lève la nuit, elle aura à traîner vingt pieds de tuyau. Elle risque de s'enfarger et de chuter. Risque d'infection versus risque de chuter! Ce sont des choses comme ça qu'on se dit que ça n'a pas d'allure. Quand on lui dit ça, le formateur aussi est tout surpris parce qu'il ne sait pas non plus ce que c'est d'être à la maison. Des fois, j'ai le goût de rire avec mes collègues, on se dit que ça n'a pas d'allure. Ce qui est plate, c'est qu'on ne le fait pas parce que ce qu'ils nous montrent, ça n'a pas de bon sens » (S8 : 116-126).

Comme en témoigne ce dernier extrait, la crédibilité du formateur et des propos qu'il tient est importante pour les infirmières en maintien à domicile. Dans ce cas-ci, on peut croire que l'activité de FC suivie n'a pas d'impact dans la pratique clinique des infirmières et ne permet pas d'améliorer la qualité de soins, car les connaissances qu'elles acquièrent ne sont pas perçues comme étant applicables dans leur pratique clinique. Elles y voient même un risque important (soit une augmentation du risque de chute) à les appliquer auprès de leur clientèle. Nous tenons toutefois à préciser que cette dernière situation que nous venons de présenter semble plutôt être une exception qu'une réalité largement répandue chez les infirmières que nous avons rencontrées. Nous ne pouvons dire avec certitude que le fait que l'infirmière suive une activité qui lui paraît non pertinente influence son engagement en matière de FIC, mais nous pouvons fortement affirmer que ce genre d'activités jugées non pertinentes, selon elle, n'a que peu ou tout simplement pas d'impact dans sa pratique clinique auprès de la clientèle.

3.3 Contexte de pratique en solo au maintien à domicile

En plus des aspects relatifs au souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins et à la pertinence perçue des activités de FC, le contexte de pratique en solo au maintien à domicile fait lui aussi partie intégrante des facteurs qui influencent l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC. Deux éléments contribuent à justifier la raison pour

laquelle le contexte de pratique en solo au maintien à domicile constitue l'un de ces facteurs. Le premier élément fait référence à l'étendue des situations de soins que rencontrent les infirmières dans leur pratique et qui exigent des connaissances et des compétences variées. Le deuxième élément fait quant à lui référence à l'absence de soutien direct dans la pratique clinique des infirmières. Les paragraphes qui suivent serviront à expliciter cette étendue des situations de soins et cette absence de soutien direct dans la pratique clinique qui caractérisent plus particulièrement le contexte de pratique en solo des infirmières en maintien à domicile.

Les infirmières qui ont participé à la recherche ont souvent mentionné qu'en soutien à domicile, elles doivent composer avec de multiples situations plus souvent qu'autrement différentes les unes des autres.

« Je dois prodiguer des soins qui sont bien différents allant des soins de plaies [...] Beaucoup de patients ont des plaies, avec tous les problèmes vasculaires et de diabète. Je dois aussi administrer de la médication intraveineuse comme de la chimiothérapie pour les patients, par exemple, qui sont suivis en oncologie. C'est très large comme pratique, c'est de la première ligne. C'est vaste. Évidemment, comme infirmière, je suis appelée à faire beaucoup d'évaluation. C'est mon rôle. C'est une partie importante du suivi. Donc ma clientèle peut avoir un cancer, des maladies cardiovasculaires, une MPOC [maladie pulmonaire obstructive chronique] ou d'autres problèmes » (S8 : 552-559).

Par conséquent, la prise en charge de ces situations exige des connaissances et des compétences diversifiées en fonction des problèmes de soins rencontrés ou des difficultés que vivent le client et ses proches. Ainsi, comme elles doivent intervenir dans des situations qui peuvent être bien différentes les unes des autres, elles peuvent avoir plusieurs besoins ou des besoins de nature différente en matière de FIC.

« Il faut avoir des connaissances spécifiques sur tout ou presque parce que notre clientèle est plus large, plus vaste en soutien à domicile » (S5 : ln 040-042).

Les connaissances nécessaires à la prise en charge de la clientèle en maintien à domicile sont nombreuses et l'infirmière se doit d'avoir ces connaissances diversifiées pour bien prendre soin de sa clientèle qui présente parfois des problèmes qui relèvent de domaines cliniques différents (ex. : cardiologie, pneumologie et néphrologie) et souvent, chez un même individu. Ainsi, le fait de travailler auprès d'une clientèle présentant des problématiques de santé variées qui relèvent de domaines cliniques différents constitue un facteur d'engagement et de participation à des activités de FC.

L'infirmière en maintien à domicile est souvent aussi la première intervenante à constater un problème chez le client. Elle doit être en mesure de l'évaluer et d'assurer une prise en charge adéquate du problème du client.

« En fait, on fait et on gère tout. Tu sais, quand le patient ne va pas bien, il appelle et c'est nous qui l'évaluons; faisons les démarches auprès des médecins, des pharmacies si les médicaments ne sont pas corrects. Les relocalisations aussi. [...] Souvent on détecte des affaires et c'est nous, après l'avoir évalué, qui décidons souvent d'envoyer le patient à l'hôpital. C'est un contexte de première ligne et il faut avoir de la formation » (S5 : 809-813; 831-836).

L'infirmière en maintien à domicile est la porte d'entrée pour le client dans le réseau de la santé lorsqu'un problème survient ou que sa situation se détériore. Elle est un acteur clef qui doit porter un jugement et prendre des décisions en partenariat avec le client et ses proches, dont sa famille.

« On travaille beaucoup, beaucoup, beaucoup avec les familles, les conjoints, qu'ils soient jeunes ou plus âgés et parfois eux-mêmes malades, On est là pour toutes sortes de situations complexes qui demandent du soutien. On est un point central pour eux » (S10 : 253-255).

Les infirmières en soutien à domicile sont d'ailleurs souvent appelées les « intervenants pivots » des clients qu'elles suivent. Ce sont elles que les clients

appellent lorsqu'ils vivent un problème en lien avec leur situation de santé. Les extraits d'entrevue que nous venons de présenter définissent bien l'étendue des situations de soins que peuvent gérer les infirmières en soutien à domicile.

Tel que nous l'avons mentionné plus tôt, le deuxième élément qui influence l'engagement et la participation des infirmières en matière de FIC, en fonction de leur contexte de pratique en solo au maintien à domicile, est l'absence de soutien direct dans la pratique clinique.

«Le fait d'être seule à domicile, ça nous oblige à avoir beaucoup de connaissances dans plusieurs domaines parce qu'il n'y a personne qui peut vraiment nous aider. Il faut être solide dans ce qu'on fait» (S1 : 084-087).

Cette absence de soutien direct dans leur pratique clinique fait en sorte que les infirmières sont appelées à prendre des décisions et à résoudre des problèmes le plus souvent de façon autonome, dans des situations complexes et ce, sans soutien immédiat. Ceci les amène donc à vouloir avoir les connaissances les plus à jour pour prendre les bonnes décisions dans ces situations.

« T'as pas de médecin, t'as pas d'autres ressources que toi-même. Tu dois avoir les connaissances pour donner les bons soins au patient. C'est de la première ligne. T'as pas le choix d'avoir beaucoup de connaissances et surtout de les mettre à jour » (S5 : 852-855).

Cette absence de soutien dans l'immédiat est reprise par les infirmières comme un élément fondamental qui les incite, voire les oblige, à constamment avoir des connaissances à jour donc à faire preuve d'engagement en matière de FIC, notamment en suivant des activités de FC.

3.4 Temps disponible pour la réalisation des activités de formation continue

Le quatrième facteur qui influence l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC est le temps disponible pour la réalisation de celles-ci. Selon les infirmières que nous avons rencontrées, le temps disponible pour réaliser des activités de FC dépend essentiellement de l'ampleur de leur charge de travail, de la stabilité de leurs équipes de soins et de leurs contraintes ou obligations individuelles et familiales (Figure 11).

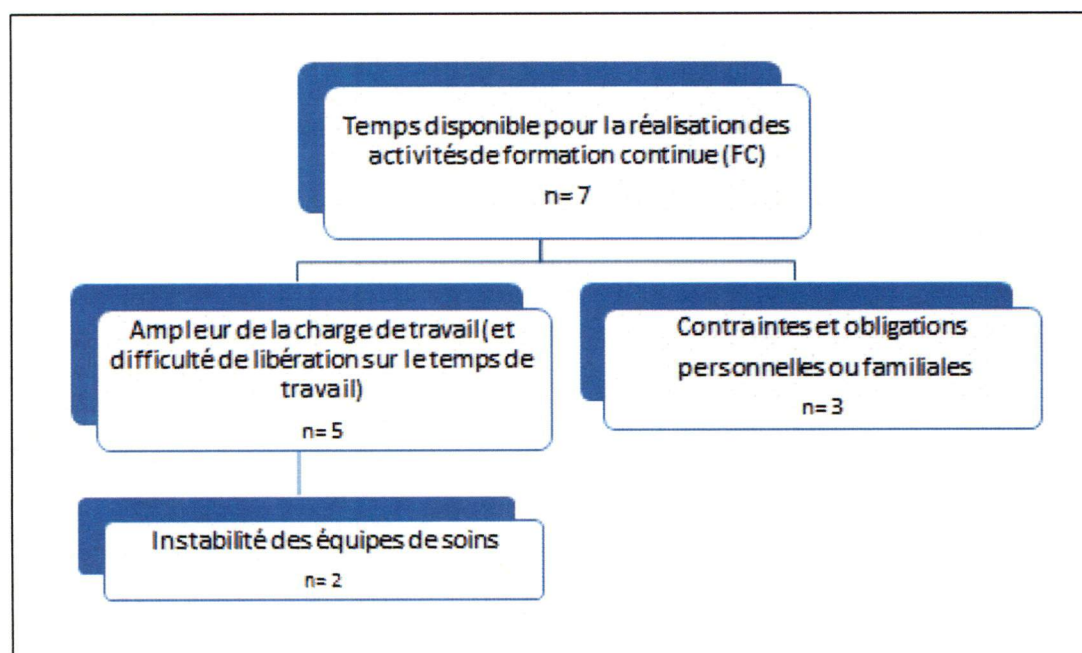


Figure 11 : Éléments qui caractérisent le temps disponible pour la réalisation des activités de formation continue (FC)

L'ampleur de la charge de travail est ressortie comme un élément important qui fait en sorte que la plupart des infirmières, soit sept sur huit dans notre échantillon, disent ne pas avoir suffisamment de temps pour participer à des activités de FC comme elles le souhaiteraient.

« La charge de travail par rapport au temps qui nous est accordé. On manque de temps pour pouvoir approfondir. Le peu de fois qu'ils [les gestionnaires du maintien à domicile] nous offrent de la formation et mise à jour sur notre temps de travail, c'est difficile, on est tellement minuté tellement qu'on a de l'ouvrage. Des fois quand ils disent qu'il y a une petite demi-heure de formation, c'est difficile de cadrer ça dans notre travail. L'exercice se fait, mais on prend du retard » (S7 : 470-475).

L'ampleur de la charge de travail ne constitue pas en soi un obstacle qui inhibe totalement la participation des infirmières aux activités de FC, mais ses effets négatifs dont le retard occasionné sur le travail, lui, devient dérangeant pour les infirmières, au point où elles participent moins aux activités qu'elles le souhaiteraient vraiment.

« Depuis que je suis au CLSC, je participe moins aux activités de FC parce qu'on n'est pas remplacée quand on va en formation. Tu t'organises, tu reportes tes clients ou tu t'organises comme tu peux. Si tu redistribues tes patients à des collègues, ce sont eux qui ont une surcharge » (S4 : 558-561).

Le fait de ne pas être en mesure de consacrer autant de temps qu'elles le souhaiteraient aux activités de FC ne semble pas modifier l'engagement des infirmières en matière de FIC, en termes d'attitudes et de comportements qui lui sont favorables. Toutefois, les infirmières qui soutiennent suivre moins d'activités de FC, faute de temps disponible, ne sont pas en mesure de quantifier le nombre d'heures de plus qu'elles souhaiteraient vraiment consacrer à la FIC si elles étaient, par exemple, libérée de leur charge de travail pour participer à des activités de FC.

Pour les infirmières qui ont pris part à l'étude, l'ampleur de la charge de travail est aussi liée à la stabilité des équipes de soins. Selon elles, moins les équipes sont stables, plus leur charge de travail est importante.

« Ce qui est difficile, c'est plus l'instabilité des équipes, bien l'instabilité des infirmières auxiliaires. Avec la création de l'équipe

de prélèvements à domicile, on a perdu beaucoup de nos infirmières auxiliaires régulières. C'est ce qui est le plus difficile pour assurer le suivi et la continuité des soins. [...] On garde plus de soins parce que c'est dur de donner des soins quand tu ne connais pas l'infirmière auxiliaire, que ça change une journée là, une journée là. Pas évident, surtout dans les cas de suivis complexes » (S4 : 55-60).

Nous comprenons donc que l'instabilité des équipes de soins contribue à alourdir la charge de travail des infirmières. Conséquemment, ce temps qui doit être consacré aux soins au client, qui pourraient être confiés à d'autres intervenants de l'équipe, ne peut être consacré, par exemple, à la réalisation d'activités de FC.

Finalement, le dernier élément susceptible d'influencer le temps disponible pour la réalisation des activités de FC est en lien avec les contraintes et les obligations individuelles et familiales de l'infirmière. Ces contraintes sont souvent liées aux obligations parentales.

« Du temps externe, je n'en ai pas tant que ça parce que je suis une maman. Être une mère c'est important, mais être infirmière c'est une grosse partie de ma vie aussi. Si je pouvais me libérer, prendre congé et y aller suivre des activités de FC, je le ferais. [...] Malheureusement, comme c'est compliqué, je suis donc les activités qui me sont offertes ici, au CLSC » (S8 : 627-632).

Le rôle de mère semble être un déterminant important qui exerce un impact sur le temps rendu disponible pour la réalisation d'activités de FC. Nous en déduisons aussi que le rôle de mère influence l'infirmière dans son choix d'activités de FC qu'elle suivra. Les autres participants à la recherche, qui ne sont pas nécessairement des parents ont eux aussi exprimé des contraintes personnelles, mais davantage liées à leur vie sociale ou professionnelle. Il apparaît donc que les infirmières, en général, évoquent des contraintes personnelles de nature diverse qui font en sorte qu'elles ont la perception de ne pas toujours avoir le temps souhaité ou désiré pour réaliser les activités de FC auxquelles elles souhaiteraient participer.

3.5 Accessibilité des activités de formation continue

Dans cette section-ci, nous verrons comment l'accessibilité aux activités de FC peut influencer l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard de celles-ci. L'accessibilité était un thème prédéfini du guide d'entrevue que nous avons abordé avec les infirmières qui ont participé à la recherche. Pour ces dernières, l'accessibilité est tributaire de deux aspects principaux qui sont les coûts engendrés par la participation à des activités de FC de même que l'offre des activités de FC rendues disponibles.

3.5.1 Coûts engendrés par la participation à des activités de FC

Pour les infirmières, l'accès aux activités de FC est souvent limité en raison des coûts qu'elles sont susceptibles d'engendrer. Toutes ont été unanimes sur ce sujet. Qu'ils soient directs ou indirects, les coûts pour participer aux activités de FC influencent aussi fortement le choix d'activités de FC des infirmières. Par coûts directs, nous entendons les charges qui découlent de l'activité-même, comme les frais d'inscription. Les coûts indirects sont, quant à eux, associés aux déplacements et aux frais de subsistance lorsque la formation a lieu dans un centre urbain plus éloigné.

«Au CLSC, j'ai toujours suivi les formations offertes parce que je n'avais pas à payer, comparativement tu sais, à des formations à l'extérieur qu'on doit payer. La gratuité et l'accès sur les heures de travail, c'est important. Les formations de l'Ordre, par exemple, elles, sont souvent à l'extérieur : Montréal ou Québec, Elles coûtent quand même aux environs de 300 dollars la formation, plus les repas et l'hébergement. Moi, je ne suis pas prêt à déboursier de l'argent de mes poches pour avoir des formations comme ça » (S4 : 183-191).

Les infirmières ont donc un intérêt à suivre des activités de FC, mais les coûts liés à la réalisation de ces activités de FC peuvent parfois faire en sorte qu'elles opteront pour des activités moins onéreuses, voire gratuites. Ces coûts, perçus comme étant un

obstacle, empêchent certaines infirmières d'aller suivre les activités de FC qui seraient, selon elles, les plus pertinentes à leur pratique clinique.

« [...] Bien des raisons monétaires. Il y a des coûts associés pour suivre de la FC. On ne peut pas toujours aller chercher l'activité qui serait la plus pertinente pour nous, par manque de budget personnel » (S6 : 813-815).

De plus, la gratuité semble être un facteur important qui favorise la participation des infirmières à des activités de FC. Elles n'hésitent pas à dire qu'elles participeraient à plusieurs autres activités si celles-ci étaient gratuites.

« Tu sais, avec notre clientèle, on a tellement de besoins que plusieurs formations peuvent être pertinentes pour nous. Tu sais, si les formations données par l'OIIQ étaient gratuites, j'irais à toutes les formations. Je les ferais toutes, moi » (S1 : 399-401).

Les coûts associés à la participation des infirmières à des activités de FC constituent en quelque sorte un frein ou une barrière à ce que les infirmières réalisent encore davantage d'activités de FC ou qu'elles choisissent les activités les plus pertinentes à leurs besoins.

3.5.2 Offre d'activités de FC

Nous remarquons également que l'accessibilité aux activités de FC, en plus d'être tributaire des coûts, est aussi intimement liée à l'offre de celles-ci. Les infirmières que nous avons rencontrées en entrevue ont généralement la perception que l'offre d'activités de FC est plutôt limitée.

« En général, moi je pense qu'il n'y a pas grand-chose. Moi, en tout cas, c'est ce que je perçois. Pour être allée voir, chercher, c'est ce que je pense. Des activités de FC vraiment spécifiques aux problématiques en soutien à domicile, je ne me rappelle pas d'avoir vu quelque chose » (S6 : 112-114).

Plus tôt dans le chapitre, nous avons vu que les infirmières disent choisir des activités pertinentes aux problèmes que présentent leur clientèle qu'elles suivent en soutien à domicile, mais comme les activités de FC offertes ne sont rarement ou jamais spécifiques au soutien à domicile, elles doivent donc adapter ou moduler ce qu'elles apprennent dans le cadre de ces activités pour intégrer ces nouvelles connaissances à leur contexte de pratique. Le véritable enjeu selon elles, c'est de développer une offre d'activités de FC davantage à partir des ressources et des expertises qui sont à proximité du soutien à domicile et de leur milieu.

« Je trouve qu'on a moins accès à de la FC comparativement, par exemple, aux infirmières de Montréal. Tu sais, à Sherbrooke, des gros colloques, il n'y en a pas. Il faudrait qu'il y en ait plus de formations d'ici; que ça parte du CHUS [Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke]. Il y a plein d'expertises dans le centre universitaire mais on ne les utilise pas en formation. Ce serait vraiment l'idéal. Et on pourrait appliquer ces connaissances-là plus facilement dans notre milieu, si elles viennent à la base de notre milieu. Ce serait plus accessible, plus proche » (S5 : 107-113).

Les infirmières considèrent que leur milieu possède des ressources qui seraient pertinentes pour augmenter l'offre de FC localement, en termes d'activités, mais que celles-ci ne sont pas utilisées à leur plein potentiel.

Par ailleurs, pour quatre des participantes à la recherche, il est important que chacune des infirmières puisse bénéficier d'un accès aux activités de FC qui soit équitable eue égard à son appartenance ou non à une équipe dédiée ou encore à son statut d'emploi.

« La formation continue devrait être offerte de façon équitable à tout le monde ou à tour de rôle de façon déterminée. Souvent, ce sont les mêmes personnes qui vont aux activités de FC. C'est plate dans ce temps-là quand c'est toujours les mêmes, plutôt que d'envoyer toute l'équipe. S'ils ne peuvent pas envoyer toute l'équipe, ça devrait être un tour de rôle déterminé. Ce n'est pas égal pour tout le monde » (S4 : 638-643).

Les infirmières ont ce souci d'équité que chacune d'entre elles puisse participer à des activités de FC. Les infirmières rencontrées qui font partie d'une équipe dédiée à une clientèle spécifique se disent privilégiées de participer à ces activités de FC, mais d'un autre côté, elles disent se sentir un peu gênées de voir que leurs collègues qui ne font pas encore partie de ces équipes n'aient pas accès à des activités de FC elles aussi.

« Je sais que nous sommes privilégiés dans les équipes dédiées surtout, comparativement aux autres du sad [soutien à domicile]. J'ai une petite gêne, une gêne par souci d'équité par rapport aux autres. Elles vont avoir des formations sur un nouveau *pic line*³⁵, un nouveau ci, un nouveau ça, mais pas vraiment de journée de formation structurée comme les gens des équipes dédiées » (S10 : 725-729).

En plus des coûts et de l'offre, selon les infirmières, l'accessibilité aux activités de FC implique également l'adoption de modalités qui rendent équitable l'accès aux activités de FC à l'ensemble des infirmières de l'équipe du soutien à domicile.

En conclusion, nous pouvons affirmer que les coûts associés à la participation à des activités de FC de même que l'offre des activités de FC peuvent notamment influencer le choix des infirmières dans la sélection des activités auxquelles elles participeront. De surcroît, elles ont le souci que l'ensemble des infirmières du soutien à domicile puisse avoir un accès, de façon équitable, à des

³⁵ Un *Pic line* est un type de cathéter veineux central qui permet entre autres l'administration de médicaments puissants dans les plus gros vaisseaux veineux du corps. Un tel dispositif est nécessaire notamment lorsque certains médicaments très irritants ne peuvent pas être administrés par voie veineuse périphérique au moyen d'un cathéter court ou encore lorsque le client présente un réseau veineux périphérique limité. Les cathéters veineux centraux sont très utilisés chez la clientèle suivie en oncologie ou encore chez des clientèles qui reçoivent une antibiothérapie par voie intraveineuse pendant une période plus soutenue.

activités de FC. Nous trouvons également important de mentionner que les huit participants à la recherche nous ont mentionné, lors des entrevues, que l'accessibilité devait être l'une des dimensions prioritaires sur lesquelles il est urgent de travailler afin de l'améliorer.

3.6 Soutien de l'employeur

Nous arrivons maintenant au dernier facteur qui, selon les infirmières, influence de façon importante leur engagement, leur choix et leur participation au regard des activités de FC. Ce facteur est le soutien de l'employeur. De prime abord, nous avons pu constater que le soutien de l'employeur comprend l'ensemble des initiatives de l'établissement dans la prise en charge et la gestion de la FIC en soutien à domicile. Il fait aussi référence à l'ouverture que manifeste l'employeur en matière de FIC de même qu'à l'importance qu'il lui accorde. Les infirmières que nous avons rencontrées ont la perception que leur employeur doit gérer plusieurs choses à la fois, dont la FIC, et que celle-ci ne fait pas nécessairement l'objet d'un suivi, faute de temps.

« Je trouve cela dommage, car ils ont plein de chats à fouetter, mais je trouve que ce serait intéressant d'avoir un meilleur suivi, un meilleur soutien de l'employé, parce que c'est important et que c'est aussi leur rôle de nous soutenir, comme employeur, même en FC » (S1 : 183-187).

Les infirmières croient que la FIC est l'une des facettes de la gestion à laquelle l'employeur n'accorde pas autant de soutien ou d'importance qu'elles le souhaiteraient. Pour elles, il s'agit d'une des dimensions de la gestion qui devrait faire l'objet d'une amélioration pour mieux répondre à leurs attentes. Malgré cet écart perçu entre le soutien mis de l'avant par l'employeur et celui attendu par les infirmières, nous avons tout de même exploré plusieurs des dimensions du soutien de l'employeur recensées dans les écrits scientifiques. Pour ce faire, nous avons orienté l'entrevue vers les aspects du soutien de l'employeur qui concernent le soutien

financier (Watson, 2004), instrumental, affectif et normatif (Overton et MacVicar, 2008), tels que nous les avons décrits dans le deuxième chapitre et comme le révèlent nos entrevues (Figure 12). Ainsi, nous avons été en mesure de recueillir des données qui traitent de chacun de ces aspects que nous venons d'énumérer. En plus de ceux-ci, nous constatons que le soutien de l'employeur peut aussi prendre une autre forme ou un autre aspect qui est plus ou moins bien documenté dans les écrits scientifiques. Il s'agit du soutien à la formation des infirmières. Les paragraphes qui suivent nous permettront donc de mieux comprendre l'ensemble des différents aspects du soutien de l'employeur qu'ont mentionnés nos participantes à la recherche.

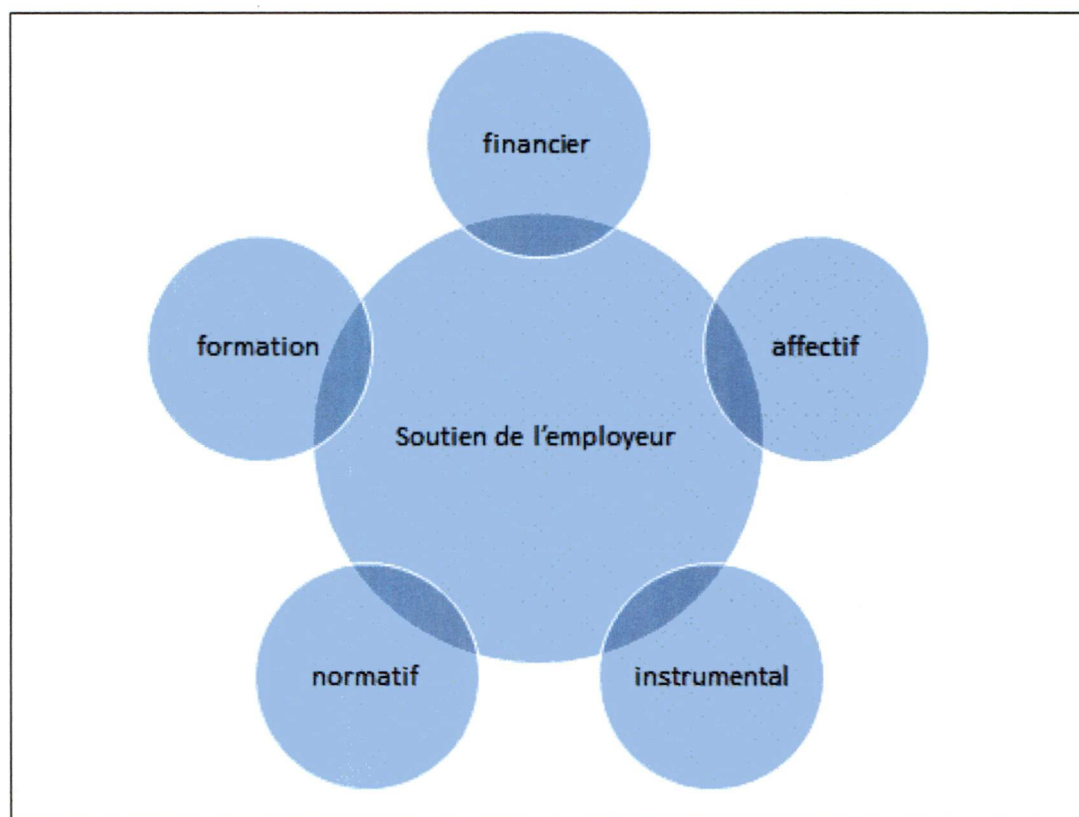


Figure 12 : Aspects ou formes de soutien de l'employeur

3.6.1 Soutien financier

Le soutien financier a été de loin la dimension du soutien de l'employeur sur laquelle les infirmières se sont le plus exprimées. En fait, nous avons identifié, dans le discours des participants, trois éléments centraux qui caractérisent le soutien financier de l'employeur en matière de FC. Premièrement, il s'agit du manque de budget destiné au financement des activités de FC. Deuxièmement, nous avons dénoté une perception d'ambiguïtés chez les infirmières quant à la planification budgétaire managériale des activités de FC. Troisièmement, nous avons aussi relevé la présence de divergences entre les actions actuelles de soutien financier de l'employeur au regard des activités de FC et les attentes des infirmières de maintien à domicile en la matière.

Manque de budget destiné au financement des activités de FC. Le soutien financier de l'employeur fait principalement référence au financement des activités de FC par l'établissement de santé (qui, dans ce cas-ci, est aussi l'employeur). Les infirmières ont fait ressortir à plusieurs reprises le manque de budget destiné au financement des activités de FC. Elles établissent que l'offre de FC est intimement liée au budget de FC. Autrement dit, elles peuvent connaître les activités de FC offertes, elles peuvent faire part à l'employeur de l'existence de ces activités de FC, mais au bout du compte, si le budget n'est pas au rendez-vous pour prendre part à ces activités, il y a peu de chance qu'elles participent à celles-ci.

« Ici, c'est nous qui devons souligner qu'il y a telle ou telle formation; on peux-tu y aller? Le CLSC, ici, ne suit pas les formations qui sont offertes. C'est rare qu'ils nous arrivent et qu'ils nous disent qu'il y a telle ou telle chose et voir si nous avons un intérêt. C'est nous qui devons aller achaler pour avoir de la formation... mais il y a de l'ouverture sauf que souvent c'est le budget qui ne suit pas. C'est ça le fond du problème » (S5 : 842-848).

Cinq des infirmières que nous avons rencontrées en entrevue ont rapporté cette ouverture à la FIC de la part de leur employeur. Pour elles, s'il est difficile d'accéder à des activités de FC, c'est surtout en raison des budgets de FC qui sont insuffisants. Certes, l'employeur est tenu de consacrer un certain budget à la FC de ses employés. L'extrait précédent nous permet de constater que ce budget est perçu par les infirmières comme étant nettement insuffisant. Elles croient même par moment qu'il est inexistant.

« [...] il n'y a pas de budget. C'est vraiment le budget et le temps. Il ne nous accorde pas de temps pour qu'on puisse faire de la FC » (S7 : 730-731).

De plus, cinq infirmières ont souligné à maintes reprises qu'elles ne connaissent pas les sommes allouées à la FIC. Elles considèrent aussi que les budgets qui lui sont consacrés devraient être majorés.

« C'est sûr qu'au niveau du budget, ça compte aussi. Je ne suis pas au courant du budget de FC, mais des fois s'ils pouvaient en offrir davantage, ce serait intéressant aussi. On n'est pas au courant de ces informations-là. Qu'est-ce qu'ils ont le droit de nous donner? Ça pourrait être intéressant de le savoir » (S1 : 149-152).

Le financement des activités de FC joue un rôle aussi déterminant pour plusieurs infirmières quant aux activités de FC qu'elles choisiront de suivre. En conséquence, le soutien financier de l'employeur oriente parfois le choix des activités de FC des infirmières.

« Des fois, il y a des ateliers de formation, par exemple, sur l'évaluation de la fonction respiratoire et c'est en lien avec la personne âgée. C'est pertinent pour notre clientèle. Bien tu sais, il y a des frais d'hébergement, etc. Tu vas chercher presque 1000\$ pour une fin de semaine. Au niveau budgétaire, ça l'a un impact dans le choix » (S6 : 215-218).

Il est légitime de croire que le soutien financier de l'employeur agit aussi comme un modulateur dans l'accès aux activités de FC.

D'autres infirmières dénoncent elles aussi le manque de financement de la FIC dans leur milieu de soins, mais décident tout de même de suivre des activités de FC qui sont d'intérêt pour leur clientèle et elles assument elles-mêmes les dépenses engendrées par leur participation aux activités de FC.

« J'ai payé moi-même parce qu'on a refusé de me la payer. J'ai fait une demande puis ça été refusé. Raison : Pas de budget. Je m'y attendais. Je n'ai pas été très déçue. Mais moi, pour moi, je voulais suivre cette formation parce que plus ça va, plus on est amené à devoir le faire [le débridement des plaies] puis ils sont en train de faire une politique là-dessus ici. Après tant de supervision, on va pouvoir pratiquer le débridement des plaies. C'est sûr que c'est pertinent, car il n'y a pas une journée où nous n'avons pas à évaluer une plaie. Le fait de débrider, ça améliore grandement la guérison. C'est un plus si on l'a pratiqué, mais pour pratiquer, ça prend de la formation » (S7 : 369-376).

Cet extrait amène une réalité toute autre selon laquelle l'infirmière fait fi de l'absence de soutien financier de son employeur et choisit quand même de suivre l'activité de FC qu'elle considère pertinente et importante dans sa pratique clinique en soutien à domicile. Les infirmières peuvent donc réagir de différentes façons devant l'obstacle du soutien financier de l'employeur. Finalement, il est aussi important de souligner que les infirmières sont conscientes des limites des budgets consacrés à la FIC et conséquemment elles sont prêtes à faire leur part individuellement pour suivre des activités de FC tout en tenant compte de ces limites imposées par les restrictions budgétaires.

Ambiguïtés chez les infirmières quant à la planification budgétaire managériale des activités de FC. Au-delà du fait que les infirmières soient conscientes des limites des budgets consacrés à la FIC, nous pouvons noter qu'elles déplorent méconnaître les rouages associés à la gestion de la FIC par l'employeur;

c'est-à-dire qu'elles ne savent pas comment l'employeur investit les sommes allouées à la FIC. Elles ignorent ce qui oriente la conduite des gestionnaires dans l'utilisation des sommes allouées à la FIC et par conséquent, elles ne savent pas trop ce qu'elles peuvent ou non demander à leur employeur.

« J'aimerais entendre de l'employeur c'est quoi la formation possible cette année pour ne pas qu'on se sente gênée de demander de la FC. Si on le sait à quoi s'en tenir, ce sera plus facile. [...] Il y a aussi, je pense, un plan de formation qui doit être établi en fonction des priorités » (S10 : 732-736).

Les infirmières croient ne pas avoir toutes les informations leur permettant de comprendre les orientations de l'employeur en matière de FIC. Individuellement, elles ne savent pas non plus si leurs attentes correspondent à ce que l'employeur peut leur offrir en termes de soutien financier, afin qu'elles participent à des activités de FC. Pour elles, l'une des façons de mettre fin à cette situation ambiguë est d'établir clairement un plan qui précise les orientations en matière de FIC. Nous avons pu constater que cette demande de planification est assez répandue chez les infirmières que nous avons interviewées.

« On n'a pas de balises actuellement, on n'a pas de nombre d'heures non plus qui nous est accordé. C'est sûr que je ne demande pas 50 heures de formation par année, mais je pense que c'est important de prioriser. Mais ce n'est pas clair. Je ne sais pas moi, comme infirmière, j'ai droit à quoi par année, fourni par mon employeur » (S10 : 740-744).

Pour les infirmières, le soutien financier de l'employeur semble constituer un droit qu'elles ont et dont elles veulent se prévaloir pour participer à des activités de FC.

Le dernier aspect du soutien financier qui comporte des ambiguïtés aux yeux des infirmières touche principalement leur incompréhension au regard du traitement de leurs demandes de FC à leur employeur. Précisément, elles souhaitent clarifier les motifs, raisons et modalités qui mènent à l'acceptation ou au refus d'indemnité

financière de la part de l'employeur, en ce qui a trait aux activités de FC suivies ou à celles qu'elles envisagent suivre. Autrement dit, les infirmières disent plus ou moins connaître et comprendre les motifs qui mènent ou non à un remboursement de dépenses de la part de leur employeur lorsqu'elles réclament des frais encourus lors de leur participation à une activité de FC.

« Tu envoies ta demande et tu ne le sais pas. À la grâce de Dieu, peut-être que s'ils sont en fin de budget, ils vont me dire non et que s'ils sont en début de budget, ils vont me dire oui, je n'ai aucune idée comment c'est reçu et comment c'est traité » (S10 : 708-711).

Nous avons aussi perçu que cette incertitude quant à l'obtention ou non du soutien financier de l'employeur est une préoccupation importante pour les infirmières. Dans certains cas, nous constatons que l'absence de soutien financier de l'employeur est une source de démotivation pour les infirmières, particulièrement en ce qui a trait aux activités de FC qui impliquent un déboursé monétaire.

« [...] il y a quelques années, j'ai rempli, je dirais à au moins trois reprises, des demandes de réclamation. On me disait de remplir les demandes de réclamation. On donne ça à la gestionnaire et les trois fois que j'ai justement fait une demande de formation, les trois fois, on me les a refusées. On m'a répondu de façon négative, c'est ce qui m'a découragé; ça a été refusé! On me disait que ça dépendait du budget. Fait que c'est ce que j'ai trouvé un peu plate, les trois fois, ça a été refusé. Moi je prends le temps de remplir les formulaires, de ramener les preuves de dépenses, stationnement et tout et on m'a refusé de me rembourser, trois fois. C'est ce qui m'a découragé de demander des formations. Fait que tu sais dans le fond, maintenant je suis seulement les formations qui sont offertes ici, sur le temps de travail, auxquelles il faut aller. Pour ce qui est des autres formations, je ne participe plus à cela » (S4 : 185-207).

L'exemple précédent est éloquent quant à l'incertitude de remboursement des frais encourus par les infirmières pour participer à des activités de FC. Non seulement cette incertitude exerce un impact sur le choix des activités de FC des infirmières, mais il semble aussi exercer un effet plus ou moins négatif sur leur engagement (plus

spécifiquement sur leur motivation) de même que sur leur participation-même aux activités de FC.

Attentes des infirmières en matière de soutien financier de la part de leur employeur au regard des activités de FC. L'analyse des données nous permet d'avancer que les ambiguïtés ne sont pas exclusives à la planification budgétaire managériale des activités de FC. En effet, nous constatons que les attentes des infirmières en matière de soutien financier de la part de leur employeur au regard des activités de FC ne sont pas toujours claires elles non plus. Nous avons pu saisir qu'il subsiste actuellement un écart entre les actions actuelles de l'employeur en termes de soutien financier à la FIC et les attentes des infirmières en la matière. Ainsi, nous avons tenté d'identifier clairement les attentes des infirmières afin de mieux comprendre ce qui constitue cet écart perçu.

« Bien dans le fond, si je suis rémunéré, tant mieux, mais je ne demande pas nécessairement d'être rémunéré, mais du moins que la formation soit payée, que les dépenses soient remboursées aussi, comme les repas et les frais de transport. Mon temps, ça c'est correct » (S4 : 345-347).

Dans notre analyse, nous avons pu établir que les attentes des infirmières ne sont pas uniformes d'une participante à l'autre et qu'elles sont loin d'être toujours aussi claires que celles de l'extrait précédent. Certaines s'attendent à ce que l'employeur remboursent les frais d'inscription à une activité de FC, d'autres souhaitent être libérées de leurs fonctions, mais percevoir quand même leur salaire pendant qu'elles participent à une activité de FC. Deux autres infirmières souhaiteraient les deux à la fois, c'est-à-dire que l'employeur paie les frais inhérents à la réalisation d'une activité de FC et qu'elles soient libérées de leur travail tout en percevant leur salaire pendant qu'elles suivent une activité de FC. Bref, il existe quasi autant d'attentes différentes des infirmières que d'individus qui ont participé à la recherche. Il est donc difficile de dresser une liste claire des attentes des infirmières en matière de soutien financier de la part de leur employeur. Toutefois, nous comprenons que les infirmières sont prêtes

à s'investir personnellement pour suivre des activités de FC et que leurs attentes peuvent varier.

De plus, même si les infirmières accordent une place importante au soutien financier de leur employeur parmi les facteurs qui influencent leur engagement, leurs choix et leur participation au regard des activités de FC, nous remarquons que d'autres formes de soutien, tel le soutien affectif, sont également essentielles.

3.6.2 Soutien affectif

Au-delà des limites rapportées par les infirmières quant au soutien financier de la FIC par leur employeur, celles-ci affirment quand même se sentir généralement soutenues par ce dernier. L'ouverture dont il fait preuve afin qu'elles participent à des activités de FC fait partie des aspects positifs notés par la majorité des infirmières (n= 7) lors des entrevues. Comme nous l'avons mentionné plus tôt dans le mémoire, dans les écrits, cette ouverture de l'employeur est associée au soutien affectif.

« On sent de l'ouverture pour suivre des activités de FC, mais le budget ne suit pas on dirait. J'ai toujours été valorisée dans ma pratique par mes gestionnaires. Ça ne m'est jamais arrivé de me sentir mise de côté ou pas bonne. J'ai toujours eu de la motivation, mes connaissances et mes compétences se sont toujours développées. » (S8 : 796-800).

Les infirmières soulignent le soutien affectif de leur employeur comme étant valorisant. Elles mentionnent aussi implicitement que si l'accès aux activités de FC n'est pas toujours facile, c'est plutôt en raison des budgets insuffisants qui sont alloués à la FIC que du manque d'ouverture des gestionnaires. L'extrait qui suit montre d'ailleurs dans quelle mesure les gestionnaires appuient et valorisent les infirmières dans leur démarche de FIC.

« [...] Tu sais, ils [les gestionnaires] sont ouverts, ils veulent qu'on apprenne de nouvelles affaires, ils veulent qu'on soit spécialisé, ils veulent que leurs équipes soient bien formées » (S5 : 836-838).

Finalement, le soutien affectif de l'employeur ne semble pas présenter d'enjeux susceptibles d'exercer un impact négatif sur l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC. En ce sens, même si les infirmières pensent que la place accordée à la FIC par les gestionnaires n'est pas à la hauteur de leurs attentes, elles ont souligné les attitudes favorables qu'entretiennent les gestionnaires à l'égard de la FIC comme étant un point fort.

3.6.3 Soutien instrumental

En plus des aspects relatifs au soutien affectif et financier, nous avons aussi exploré le soutien instrumental mis de l'avant par l'employeur, toujours dans une perspective de FIC. Dans le cadre de référence, nous avons défini le soutien instrumental comme étant les outils ou le matériel nécessaire pour suivre des activités de FC (Overton et MacVicar, 2008). Sur cet aspect, les infirmières n'ont pas amené d'éléments permettant d'explorer le soutien instrumental au sens défini par les auteurs que nous venons de citer. Toutefois, les infirmières perçoivent différemment le soutien instrumental de l'employeur.

Premièrement, les infirmières abordent le soutien instrumental sous l'angle des outils et du matériel, dans le milieu clinique, qui permettent, après avoir suivi une activité FC, d'appliquer les connaissances acquises concrètement dans la pratique, auprès des clients. Par exemple, une première infirmière a expliqué qu'elle était en mesure d'appliquer les connaissances acquises suite à une activité de FC sur les soins de plaies, car lorsqu'elle revient au soutien à domicile, le milieu possède tout le matériel ou presque pour prodiguer des soins et des traitements avec de nouveaux produits.

« Si je pense que j'ai besoin de tel type de pansement, je le demande, je le commande, ça peut être une commande spéciale. Il n'y a pas de contrainte de matériel. C'est vraiment agréable d'avoir ce qu'on a besoin pour donner de bons soins (S9 : 924-927).

Cette même infirmière confiait que c'était un élément important pour donner des soins de qualité à sa clientèle et qu'en ce sens, le soutien instrumental était un incontournable. D'ailleurs, toutes les infirmières ont fait valoir cette force de leur employeur de les soutenir, dans leur pratique clinique, en leur assurant d'avoir à leur disposition tout le matériel dont elles ont besoin pour donner les soins à la clientèle, en fonction des connaissances les plus actuelles. Aucune limite ou obstacle n'a été identifié à cet égard.

Deuxièmement, pour quelques infirmières (n= 3), le soutien instrumental comprend également les documents cliniques et autres qui facilitent la documentation des soins. Une des infirmières a mentionné qu'un travail était actuellement en cours avec la coordonnatrice du programme pour établir un lien entre les outils utilisés par les infirmières dans la pratique clinique pour évaluer la douleur et les besoins de FC ressentis par ces dernières sur ce sujet.

« Il y a un travail d'équipe qui se fait actuellement, par notre coordonnatrice, par rapport aux outils qu'on utilisait, puis les besoins de formation qu'on ressentait, qu'on nommait par rapport à la douleur. Donc il y a une démarche qui est en train d'être faite. Il y a cet aspect-là qu'on trouvait intéressant. Elle nous a interpellées par rapport à cela. C'est tout récent » (S6 : 1009-1014).

Les infirmières trouvent intéressant que l'employeur s'intéresse à les soutenir dans leur pratique avec des outils qui répondent à leurs besoins. Cette consultation permet même aux infirmières de faire connaître leurs besoins de FC. Par ailleurs, une des infirmières a témoigné de l'importance de poursuivre ce travail, qui à son sens, demande encore le développement d'autres outils pour bien documenter les soins.

« Je trouve qu'on a pas suffisamment de documents de travail pour travailler de façon structurée. Exemple, quand on fait l'évaluation d'un insuffisant cardiaque, on se doit de regarder ça. Bon la saturation est à combien pour pouvoir comparer, par exemple, il nous manque un peu de ça. On écrit dans nos notes. On écrit tous un peu de notre façon; vraiment. On peut remplacer quelqu'un et on peut se demander comment ça se fait qu'elle fait ça comme ça... Je ne te dis pas qu'on n'arrive pas au même résultat, mais on travaille toutes de façon différente toute la gang. On n'a pas les mêmes approches. On y va un peu au gré de notre personnalité aussi; avec nos connaissances aussi. On nous fait confiance » (S8 : 991-1002).

Ce dernier extrait souligne un désir d'harmoniser ou plutôt de structurer la documentation des soins chez l'ensemble des infirmières et que cette documentation ne soit pas seulement tributaire des connaissances individuelles des infirmières, mais tienne compte aussi des standards généralement reconnus, selon la clientèle suivie.

Finalement, la plupart des infirmières interviewées ont dit percevoir positivement le soutien instrumental de la part de leur employeur. L'analyse des données montre que ce soutien instrumental passe par un accès adéquat au matériel nécessaire pour être en mesure de prodiguer les soins adéquatement au client avec les connaissances les plus récentes et que des outils sont nécessaires pour bien documenter et assurer le suivi de la clientèle par les infirmières. Au passage, les infirmières ont donc proposé des pistes pour améliorer les outils de documentation utilisés. À titre d'exemple, elles souhaiteraient que l'employeur développe des outils de documentation spécifiques au suivi de la clientèle selon les problématiques de soins les plus souvent rencontrées (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance rénale et insuffisance cardiaque).

3.6.4 Soutien normatif

En plus d'accorder une importance particulière au soutien instrumental, les infirmières ont souligné le besoin de soutien normatif à l'égard de leur employeur. Dans le deuxième chapitre du mémoire, nous avons défini le soutien normatif

comme l'ensemble des politiques ou normes en vigueur dans les milieux de soins qui devraient permettre aux infirmières d'accéder facilement à des activités de FC (Overton et MacVicar, 2008). Tout comme dans le soutien instrumental, les infirmières ont peu parlé du soutien normatif comme nous le proposons. Or, elles en ont traité à partir des mécanismes d'encadrement (et des normes) mis en place par l'employeur afin qu'elles soient en mesure d'appliquer les connaissances qu'elles ont acquises par des activités de FC dans leur pratique clinique, selon les modalités et les limites établies par l'employeur. Elles considèrent donc que les normes actuelles sont généralement suffisantes pour encadrer leurs activités. Toutefois, certaines infirmières (n= 4) ont souligné une situation pour laquelle elles souhaitent davantage de soutien normatif de leur employeur. Il s'agit de l'encadrement de la pratique en matière de débridement des plaies.

« J'ai été supervisée quelques fois, c'est pour cela que je te disais qu'à ce stade-ci, nous sommes sur quelques fois, est-ce que ça veut dire est-ce que c'est sept fois, est-ce que c'est trois fois, est-ce que à chaque client pour lequel il y aura un débridement requis il faudra que je sois supervisée pour ce client. À ce moment-ci, ce n'est pas clair, tout est sur la table. Personne qui dit : «Non, c'est pas ça. Oui, c'est ça.» Ce n'est pas statué officiellement. On attend, on aura une ordonnance collective pour le débridement des plaies. Elle sera balisée. On vient tout juste de faire une rédaction. Alors, le temps que ça fasse son petit chemin pour les approbations. On va attendre un bon bout encore. C'est long ces démarches-là » (S9 : 398-408).

Considérant que seule cette situation a été identifiée parmi toutes les entrevues réalisées, nous pouvons affirmer que le soutien normatif de l'employeur en lien avec la FIC répond assez bien aux attentes des infirmières. Aucun autre élément n'a été identifié comme étant un obstacle. Toutefois, comme les soins de plaies occupent une place importante parmi les activités que réalisent les infirmières, un certain sentiment d'empressement semble palpable.

3.6.5 Soutien à la formation

Après avoir abordé le soutien financier, affectif, instrumental et normatif, nous arrivons maintenant à analyser la dernière forme de soutien de l'employeur qui est le soutien à la formation. Il est important de mentionner que cette forme de soutien n'a pas été recensée comme telle dans les écrits scientifiques sur la FIC. C'est pourquoi il n'en a pas été question plus tôt dans le cadre de référence. Le thème du soutien à la formation a émergé spontanément des entrevues que nous avons réalisées. Par ailleurs, on constate qu'une définition intéressante et pertinente à ce thème a été développée par Rivard (2000) dans la discipline des sciences sociales. Il s'agit d'un :

« Ensemble d'activités d'apprentissage planifiées visant l'acquisition de savoirs (connaissances, habiletés et attitudes) propres à faciliter l'adaptation des individus et des groupes à leur environnement socioprofessionnel ainsi que la réalisation des objectifs d'efficacité de l'organisation » (Rivard, 2000, p. 11).

Autrement dit, dans le contexte du déroulement de notre étude, le soutien à la formation de l'employeur fait référence aux activités qui sont développées et réalisées au sein de l'établissement dans lequel l'infirmière exerce sa profession. Selon les infirmières, ces activités de FC sont généralement obligatoires. Certaines s'inscrivent dans une approche de santé publique (ex. : formation sur la pandémie de la grippe A H₁N₁ et punaises de lit), alors que d'autres s'inscrivent dans une optique de sécurité des soins (ex. : recertification en réanimation cardiorespiratoire, administration sécuritaire du Méthotrexate et fonctionnement d'une nouvelle pompe volumétrique pour l'administration de médicaments par voie intraveineuse). Certaines infirmières rencontrées ont la perception que l'employeur développe ces formations plutôt par obligation ou par nécessité de mieux outiller leur personnel.

« Quand c'est vraiment le CLSC qui donne de la formation, c'est souvent des gens du milieu qui donnent la formation. Tu vois, pour notre RCR [réanimation cardiorespiratoire], c'est une

inhalothérapeute qui nous l'a donné. Mais tu sais ça, ils n'ont pas le choix qu'on soit à jour » (S5 : 952-955).

Le développement d'activités de FC par l'employeur est perçu de façon généralement positive par les infirmières en soutien à domicile. Il semble toutefois que les priorités mises de l'avant par l'employeur en termes de développement d'activités de FC ne convergent pas toujours avec les priorités individuelles et professionnelles des infirmières.

« Des fois, je trouve aussi qu'on a de la formation sur des petites choses qui ne sont pas nécessairement aussi importantes que d'autres formations que nous aurions pu avoir. Ce sont des formations qui sont parfois moins prioritaires que d'autres qui le seraient plus. Peut-être que s'ils nous questionnaient plus aussi par rapport à cela avant de décider des formations » (S1 : 118-125).

Les infirmières souhaiteraient donc être davantage consultées par leur employeur, au préalable, avant que celui-ci choisisse l'activité de FC à offrir aux infirmières. D'autres infirmières ont aussi souligné que les formations développées par leur établissement sont plutôt générales et qu'elles ne leur sont pas uniquement dédiées. Pour elles, ces formations qui touchent les employés en général occupent du temps qui aurait pu être consacré à un autre sujet tout aussi important, mais uniquement pour les infirmières.

« Souvent le CLSC va organiser des formations très générales où tout le monde est libéré genre punaises de lit. Dans le fond, ils auraient pu nous donner le cahier et on l'aurait lu. Tu sais des formations, que oui c'est important, mais pour le temps qu'ils passent sur le contenu, il faut aussi considérer qu'il y aurait des sujets beaucoup plus importants ou tout aussi importants pour nous, les infirmières » (S5 : 763-767).

Ainsi, les infirmières reconnaissent le soutien à la formation de leur employeur, mais elles considèrent que ce soutien pourrait faire l'objet d'améliorations pour mieux répondre à leurs besoins de FC dans leur pratique clinique.

En conclusion, nous affirmons que le soutien de l'employeur, qu'il soit financier, instrumental, affectif, normatif ou à la formation, est un facteur important influençant les infirmières dans leur engagement, leur choix et leur participation au regard des activités de FC. Même si nous pouvons globalement affirmer que les infirmières entretiennent une perception plutôt positive du soutien de leur employeur en matière de FIC, il apparaît aussi clair que certains enjeux tels le financement des activités de FC et le développement d'activités de FC qui répondent à leurs besoins de FC constituent des défis de tous les jours dont les enjeux sont de taille. En ce sens, le soutien financier et le soutien à la formation ont été relevés comme étant les deux formes de soutien sur lesquelles les infirmières souhaitent le plus de changement de la part de l'employeur. Les infirmières estiment entre autres que le soutien financier de l'employeur en matière de FIC devrait être bonifié et qu'elles soient consultées dans le processus de la sélection des activités de FC qui leur sont offertes afin de mieux répondre à leurs besoins de FC. Les infirmières soulignent aussi que le soutien à la formation contribue à leur rendre plus accessibles les activités de FC. Finalement, les soutiens affectif, instrumental et normatif, quant à eux, ne soulèvent pas de préoccupations ou d'insatisfactions particulières chez les infirmières.

4. SATISFACTION DES INFIRMIÈRES AU REGARD DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE SUIVIES

Nous arrivons maintenant à la quatrième partie de la présentation des résultats qui porte sur la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies. Initialement, cette rubrique prévue à l'intérieur du guide d'entrevue visait uniquement à explorer la satisfaction plutôt directe que retirent les infirmières des activités de FC qu'elles suivent. Or, lors des entrevues, nous avons découvert que la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies s'inscrit dans un univers beaucoup plus vaste. En fait, les infirmières nous ont, dans un premier temps, fait part de leur satisfaction en termes d'appréciation des activités de FC qu'elles suivent. Dans un second temps, elles nous ont fait part des facteurs susceptibles

d'augmenter leur satisfaction au regard des activités de FC qu'elles suivront dans l'avenir. Nous traiterons donc de la satisfaction des infirmières sous ces deux aspects.

4.1 Appréciation des activités de FC suivies

Les infirmières n'ont pas largement discuté sur ce thème que nous avons préétabli dans notre guide d'entrevue. Toutefois, elles ont toutes dit qu'elles étaient généralement satisfaites des activités de FC suivies. Cette satisfaction semble être présente lorsque l'activité suivie répond à des besoins de FC qu'elles éprouvent.

« Je suis contente de la formation continue que je fais, elle répond à certains de mes besoins, mais j'ai toujours des besoins qui sont là » (S1 : 093-094).

Malgré qu'elles se disent généralement satisfaites des activités qu'elles suivent, toutes les infirmières qui ont participé aux entrevues ont aussi affirmé qu'elles ne réalisent pas suffisamment d'activités de FC, ce qui limite en ce sens, leur satisfaction en matière de FIC.

« Les formations que j'ai eues, je suis satisfaite, oui c'est bien, mais là, présentement, je trouve que je n'en ai pas beaucoup » (S4 : 428-429).

Pour elles, il ne s'agit pas de participer à un quelconque nombre d'heures d'activités de FC, mais plutôt que les activités qu'elles suivent répondent mieux et davantage à leurs besoins de FC qu'elles ont elles-mêmes identifiés.

« Bien je ne dirais pas un nombre d'heures, mais plus de répondre aux questions et aux besoins; de suivre un peu plus le bateau dans les nouvelles choses qui évoluent. Je n'ai pas de nombre d'heures en tête » (S4 : 436-439).

Le fait de trouver des réponses à ses questions et d'être à l'affût des derniers développements semblent influencer positivement la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies.

Dans notre analyse, nous avons aussi pu constater que la satisfaction au regard des activités de FC suivies va au-delà du fait d'obtenir des réponses à ses besoins ou à ses questions. Elle s'exprime aussi en termes de retombées dans sa pratique clinique.

«[...] c'est sûr que la FC m'apporte de la valorisation, de la satisfaction. Plus tu vas donner des soins adéquats à ta clientèle, plus ça va te revenir au bout du compte. Ça donne un sentiment de satisfaction. Je pense que c'est ça, oui » (S1 : 344-350).

Comme on le voit avec l'extrait ci-dessus, l'infirmière éprouve une certaine satisfaction au regard de l'activité de FC suivie quand elle pose une intervention auprès du client et qu'elle constate que le soin prodigué adéquatement lors de l'intervention conduit à l'obtention de résultats positifs chez sa clientèle. Cinq des huit infirmières que nous avons interviewées ont fait ressortir cet aspect de la satisfaction comme étant important. De plus, cette satisfaction que ressentent les infirmières nourrit leur engagement au regard de la FIC. En effet, elle incite les infirmières à toujours vouloir améliorer leur pratique professionnelle et à acquérir de nouvelles connaissances de façon soutenue et constante, donc à suivre des activités de FC.

«C'est très satisfaisant quand on a la connaissance et qu'on peut agir adéquatement. La satisfaction d'être pertinente, d'être efficace, de soulager ou de répondre aux besoins le mieux possible pour ma clientèle. Quand tu commences ça, tu y prends goût » (S6 : 037-041).

Pour les infirmières rencontrées en entrevue, les activités de FC suivies ne semblent pas seulement exercer un impact sur leur satisfaction au travail, mais aussi dans leur

vie personnelle, comme individu. La FIC leur permet en fait de répondre à leur curiosité intellectuelle, à leur désir d'apprendre.

« [La FC], faut pas voir ça comme une dépense, mais comme un retour sur l'investissement. Ça m'apporte beaucoup de choses pas juste professionnellement, mais aussi personnellement » (S8 : 130-147).

En somme, nous pouvons constater que les activités de FC suivies par les infirmières en soutien à domicile sont généralement perçues comme étant satisfaisantes. Cette satisfaction est liée premièrement à l'acquisition de nouvelles connaissances pertinentes aux besoins de FC des infirmières et deuxièmement au fait de prodiguer des soins adéquats qui conduisent à l'atteinte de résultats positifs chez la clientèle. Par ailleurs, il est quand même important de rappeler que certains obstacles, tels le manque de budget et le manque de temps, peuvent amenuiser cette satisfaction des infirmières.

4.2 Facteurs susceptibles d'augmenter la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies

D'une part, les efforts mis en place pour notamment améliorer l'accès aux activités de FC pertinentes à la pratique clinique et le soutien de l'employeur en matière de FIC ainsi que pour accroître le temps disponible pour la réalisation d'activités de FC sont des éléments qui pourraient augmenter la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC suivies.

D'autre part, les infirmières ont fortement mis l'accent sur deux facteurs ou éléments supplémentaires qui sont susceptibles d'augmenter leur satisfaction au regard des activités de FC qu'elles suivent et qu'elles suivront dans l'avenir. Ceux-ci semblent intimement liés aux facteurs influençant leur engagement, leur choix et leur participation aux activités de FC que nous avons explorés dans la section trois du présent chapitre. Il s'agit premièrement de l'instauration d'un mécanisme

d'identification des besoins de FC et deuxièmement, de l'instauration d'un mécanisme de transfert des connaissances à la pratique clinique.

4.2.1 Instauration d'un mécanisme d'identification des besoins de FC

Les infirmières souhaitent être impliquées non seulement dans le choix des activités qu'elles suivront, mais aussi dans le processus d'identification ou de détermination de leurs besoins de FC. Pour elles, comme ces activités visent à répondre à leurs besoins FC, il faut d'abord qu'elles fassent connaître leurs besoins de FC.

« [...] peut-être que s'ils [ceux qui développent des activités de FC destinées aux infirmières en soutien à domicile] nous questionnaient aussi par rapport à nos besoins avant de décider des formations, je le sais pas, peut-être une liste avec les formations qu'ils pensaient vouloir nous donner. Si on avait des suggestions, ce pourrait être quelque chose d'intéressant, je trouve. C'est quand même nous qui avons les besoins » (S1 : 125-130).

Les infirmières veulent donc faire entendre leurs besoins aux instances qui développent des activités de FC à leur intention ou qui choisissent les activités de FC qu'elles suivront. Nous avons retrouvé cette importance d'être consulté chez cinq des huit infirmières que nous avons interviewées. Dans une même perspective, une autre des participantes à la recherche a souligné l'importance de constituer un comité ou de désigner un répondant local qui se penche sur les besoins de FC des infirmières en soutien à domicile et assure la gestion de l'offre de FC.

« Je ne sais même pas s'il existe un comité de formation continue dans l'établissement. Tu sais, de regarder les besoins de chacun et de voir... Je le sais, mais disons que l'OIIQ débarque à Sherbrooke avec telle ou telle formation, pourrait-on l'offrir aux infirmières du soutien à domicile? Ce sont des choses qui sont faisables. Il faudrait être mieux organisé, avoir une meilleure structure pour pouvoir aller plus loin. Avoir des ressources cliniques, un répondant local en FC ou une conseillère pour avoir une vision plus large de la FC pour voir quels sont les besoins qui ne sont pas comblés chez les infirmières en matière de FC. Le pauvre gestionnaire, il va avec le

temps qu'il a, mais ce n'est pas suffisant. La FC, ça demande une structure » (S8 : 921-933).

Les infirmières souhaitent donc être impliquées davantage en faisant connaître leurs besoins de FC pour que les activités qu'elles suivront répondent encore davantage à ceux-ci. Elles soutiennent aussi l'importance qu'un répondant local en FC, telle une conseillère clinique, contribue à établir cette démarche structurée qu'elles veulent développer et implanter en matière de FIC.

4.2.2 Instauration de mécanismes visant le transfert des connaissances à la pratique clinique

Finalement, le dernier élément des souhaits exprimés par les infirmières afin d'améliorer leur satisfaction au regard des activités de FC suivies, concerne le transfert des connaissances à la pratique clinique. Pour elles, il serait important de mettre en place des mécanismes qui visent à assurer l'intégration de ces connaissances acquises en FC dans la pratique auprès de la clientèle en soutien à domicile. Cette intégration des connaissances dans la pratique passe aussi par le partage d'informations et d'outils dans le milieu de travail, d'où l'importance d'avoir une démarche structurée de FC et de dissémination des connaissances pertinentes pour la pratique clinique.

« Ce n'est pas juste d'aller chercher des connaissances chacune de notre côté, mais vraiment de pouvoir dire que nous avons une démarche structurée par rapport à la prise en charge de notre clientèle et à la façon dont on intègre ces connaissances-là dans notre pratique. On a tels outils d'évaluation qui ont été validés. Ça assoit notre pratique, ça la rend crédible. C'est bien d'arrimer les pratiques. Nous avons partagé des outils d'évaluation, par exemple, par rapport à la perte d'autonomie. Le partage d'informations et d'outils, c'est vraiment important. C'est sûr que nous n'avons pas toutes la même réalité de pratique. Mais au fond des choses, c'est vraiment notre démarche structurée, notre démarche scientifique aussi, qui nous manque. Ce serait vraiment un plus, surtout que nous sommes un CLSC universitaire. Je trouve que la faculté de nursing de l'Université de Sherbrooke est loin de nous. Elle devrait

être plus intégrée. Nous aussi on voudrait faire partie des projets de recherche; partir de nos besoins » (S6 : 388-405).

Comme on le voit avec l'extrait précédent, les infirmières veulent non seulement suivre des activités de FC pour rester à jour, mais aussi prendre part au développement des activités de FC qui leur sont destinées, de manière à favoriser davantage un impact positif dans les soins qu'elles dispensent à la clientèle. Les huit infirmières rencontrées ont été unanimes sur ce sujet. De surcroît, la majorité d'entre elles (n= 6) souhaitent la mise en place d'une démarche structurée qui tient compte des résultats probants et favorise le lien entre la recherche et la pratique clinique. Par conséquent, leur préoccupation profonde vise aussi à arrimer FC, pratique clinique et recherche en sciences infirmières.

5. RETOMBÉES DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE SUIVIES SUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Nous voici maintenant rendu dans la section des résultats dont le but vise à décrire les retombées des activités de FC suivies sur la pratique clinique des infirmières en maintien à domicile. Cette thématique que nous nous apprêtons à aborder occupait une place importante dans notre guide d'entrevue. Les infirmières qui ont participé à la recherche ont essentiellement abordé les retombées des activités de FC suivies en fonction des trois thèmes suivants (Figure 13) : 1) l'amélioration de la qualité de l'évaluation infirmière; 2) l'amélioration de la qualité des interventions infirmières et finalement 3) la satisfaction de la clientèle. Nous explorons ces trois thématiques dans les sections qui suivent.

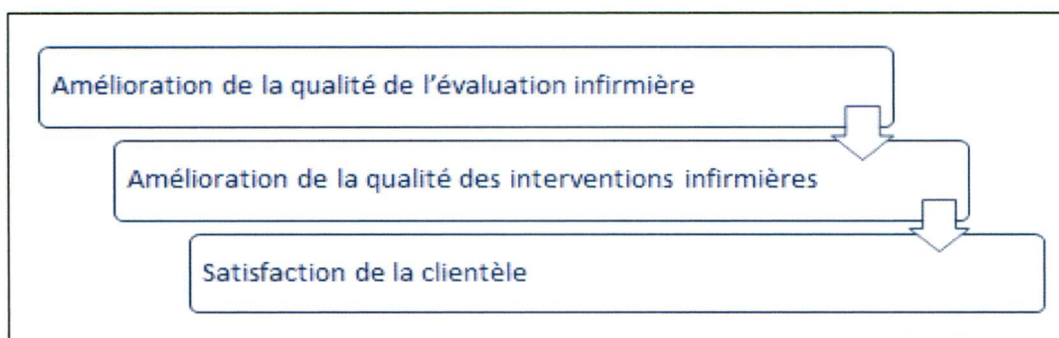


Figure 13 : Principales retombées des activités de formation continue (FC) suivies sur la pratique clinique

5.1 Amélioration de la qualité de l'évaluation infirmière

Tout d'abord, il est important de préciser que ce ne sont pas toutes les activités de FC qui ont des retombées sur la pratique clinique. En effet, les activités de FC jugées peu ou non pertinentes par les infirmières ont peu ou pas de retombées sur la pratique clinique des infirmières. C'est ce que nous révèlent nos analyses. Par ailleurs, selon les infirmières que nous avons rencontrées, les activités de FC qu'elles suivent et qu'elles jugent pertinentes à leur pratique contribuent à améliorer la qualité de l'évaluation infirmière de différentes façons (n= 8). D'une part, les activités de FC permettent d'acquérir des connaissances et de développer des compétences qui contribuent à améliorer la qualité de l'évaluation du client, parce qu'elles permettent à l'infirmière de comprendre plus en profondeur les problèmes et les besoins de santé des personnes suivies en maintien à domicile (n= 5).

« Le fait, par exemple, d'avoir le temps de faire de la FC, bien ça nous permet de pousser plus loin, de mieux comprendre la situation du patient et de répondre à son besoin plutôt que, par exemple, de l'envoyer à l'urgence. On conserve notre MAD [maintien à domicile]. On atteint notre but. Tu sais, quand on évalue bien le patient et qu'on sait comment bien le faire, après on appelle le médecin et on ajuste les traitements et le patient peut rester chez lui, souvent » (S5 : 147-153).

Les infirmières croient que la FC les outille à développer et surtout à consolider leurs capacités évaluatives pour mieux assurer le suivi des clients à domicile, sans que ceux-ci aient, par exemple, à se déplacer chez leur médecin ou encore à aller séjourner à l'urgence. L'évaluation réalisée par l'infirmière permet de rapporter les faits saillants et au besoin, de travailler en collaboration avec le médecin, dans le but d'ajuster les traitements que requière la condition clinique du client.

D'autre part, le fait que l'infirmière puisse approfondir son évaluation auprès du client et ainsi mieux comprendre sa situation de santé fait en sorte qu'elle peut mieux justifier ses orientations cliniques ou ses soins et traitements en fonction, par exemple, du plan de traitement médical ($n=3$). Par conséquent, elle peut avoir un apport significatif aux décisions médicales qui concernent le client.

« Pour les soins de plaies, la FC a eu un impact important sur ma pratique, vraiment. Je vois une grosse différence. Quand j'ai une plaie, je ne vais pas évaluer que la plaie, je vais évaluer tout ce qu'il y a autour. Ça été bien donné cette formation-là. Ça nous a dirigé par rapport à notre évaluation, aller chercher c'est quoi notre objectif dans tel type de plaie. Ça m'a beaucoup aidé dans ma pratique. Par exemple, je vais maintenant faire les indices tibio-brachiaux, quelque chose que je ne faisais pas avant. Je n'avais pas tendance à penser de faire ça. J'envoyais un fax au médecin et lui ne savait pas quoi faire avec ça. Maintenant, je peux faire un indice et je suis plus outillée pour ensuite parler au médecin. Je suis mieux outillée, par exemple, pour argumenter quand le patient devrait aller passer un doppler. Là, j'ai l'information qu'il faut et le médecin me fait plus confiance avec cette information-là. Je suis plus crédible » (S1 : 427-441).

En soutien à domicile, comme le médecin n'est pas directement auprès du client, l'infirmière doit réaliser une évaluation en profondeur de la condition clinique du client. C'est l'évaluation de l'infirmière qui permet en grande partie au médecin d'orienter le plan de traitement médical du client. Par conséquent, plus l'infirmière est en mesure d'évaluer en profondeur la situation de santé du client, plus les informations qu'elle transmet au médecin sont spécifiques et utiles à ce dernier pour

orienter ses décisions cliniques. Cette évaluation permet aussi de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier du client. Les infirmières ont la perception que les activités de FC qu'elles suivent contribuent à développer leur compétence en évaluation et en intervention (n= 8) et par conséquent, leur permettent de bien établir leur crédibilité professionnelle auprès, par exemple, des médecins (n= 3).

Les retombées des activités de FC ne font pas seulement en sorte que l'infirmière comprenne mieux ou plus en profondeur la situation de santé du client. Le fait de mieux comprendre la situation ou le problème de santé du client dont elle assure le suivi permet à l'infirmière d'anticiper ou de détecter plus précocement et avec justesse les signes et symptômes d'une complication imminente ou encore d'une détérioration importante de la condition clinique du client (n= 3).

« On fait des lectures, on se rencontre. On établit des plans de suivi types par exemple, qu'on ajuste ou adapte par la suite selon les caractéristiques propres à la personne. On inclut aussi les plans thérapeutiques infirmiers dans ça. C'est quoi les surveillances, les complications possibles? Quels sont les principaux sites métastatiques à surveiller pour établir un peu un pattern type qui peut être ajusté par la suite. Exemple, une patiente qui a un cancer du sein. Je dois vérifier chez cette cliente, dans mon évaluation, si elle tousse pour suspicion de métastases pulmonaires. C'est vraiment de l'auto-formation. C'est un projet que nous avons » (S10 : 890-898).

Qu'elles soient individuelles ou collectives, les activités de FC que les infirmières réalisent leur permettent d'améliorer la qualité de leur évaluation auprès de leur clientèle. Pour elles, les effets ou encore les retombées de ces activités sont bel et bien palpables et concrets dans leur pratique clinique au quotidien. Elles en voient aussi les retombées dans des circonstances où les personnes présentent des situations de santé instables.

« Je me souviendrai toujours de cette formation sur le délirium. C'était un colloque. Avec la clientèle en perte d'autonomie liée au

vieillesse et en soins palliatifs, c'est utile. Je suis capable de détecter plus rapidement un délirium parce que je connais bien maintenant la symptomatologie de ce problème. C'est un plus, c'est une valeur ajoutée. Décelé tôt, traité tôt, donc moins de complications. C'est une application directe dans ma pratique » (S6 : 898-902).

Ce dernier extrait nous montre dans quelle mesure les activités de FC permettent à l'infirmière de repousser ses limites en termes de capacités évaluatives.

5.2 Amélioration de la qualité des interventions infirmières

L'évaluation, tant initiale qu'en cours d'évolution, constitue un jalon important dans le continuum de soins de la clientèle suivie à domicile. Toutefois, le rôle de l'infirmière comprend aussi une autre dimension importante qui suit l'évaluation, il s'agit de l'intervention. Pour les infirmières ayant participé à la recherche, les activités de FC suivies ont des retombées non seulement sur leur évaluation, mais aussi sur leurs interventions qu'elles réalisent auprès de la clientèle en maintien à domicile. C'est ce qu'ont rapporté les huit infirmières ayant participé à la recherche.

« [Les retombées des activités de FC], oui je les vois, surtout en soins de plaies, parce que c'est nous qui décidons du plan de traitements. Je vois et j'entends beaucoup : « Ah moi du Mépillex® je mets ça partout et ça marche », mais... on a une tendance à penser comme ça. Je n'avais pas une grande formation en soins de plaies. Les cours que j'avais eus à l'université n'étaient pas encore ferrés. Ça a donc grandement amélioré ma pratique. C'est pour cette raison que je crois que la formation, plus on en aura, plus nous irons loin dans nos évaluations. Ça va tellement aider la pratique [...] Un exemple, j'ai une de mes collègues qui est venue me consulter. Une de ses clientes était suivie depuis des années parce que ses jambes coulaient. Avec le traitement que nous avons appliqué après notre discussion avec la stomothérapeute, on a pu guérir la plaie en trois mois. C'est donc concluant. En soins de plaie, souvent les gens ont l'habitude de dire « ah ça fait un an la plaie stagne, elle ne bouge pas ». On dirait qu'on finit par ne plus se poser de questions. Ce n'est pas normal que ça fasse un an et qu'elle stagne, il faut trouver

la raison pour laquelle elle stagne. Cette formation-là m'a amenée à pousser plus loin et surtout à trouver la raison de la cause et aussi à mieux intervenir » (S1 : 427-469).

En plus de réaliser une meilleure évaluation de la condition de santé du client, les activités de FC suivies par l'infirmière lui permettent d'optimiser les traitements qu'elle choisit d'appliquer selon le problème identifié chez le client. Le choix du meilleur traitement possible par l'infirmière permet par conséquent d'accélérer le processus de guérison et peut-être dans certains cas, de réduire la durée du suivi ou encore de ne pas le rendre plus intensif, dans les cas où le client fait l'objet d'un suivi pour une autre problématique.

Les activités de FC que suit l'infirmière lui permettent aussi de préciser les limites ou encore les balises à partir desquelles elle est en mesure d'intervenir auprès du client qui présente une problématique particulière et ainsi de référer le client à un autre professionnel, lorsque sa situation dépasse l'expertise ou encore le champ d'exercice de l'infirmière (n= 4).

« Si six mois plus tard [après l'activité de FC suivie], je vois tel diagnostic ou tel problème, là tu te dis que tu as vu ça quelque part et tu vas voir dans tes biblio [bibliographies] qui sont souvent données dans les conférences et là tu vas voir ces informations-là. Tu vas, tu sors le texte et bon il y a ça et ça. C'est quoi les balises de détresse du trouble d'adaptation? Ah ok, au niveau physiologique, les troubles d'adaptation, ça se manifeste de telle ou telle façon. Au niveau psychologique, c'est telle autre chose. Écoute, mon patient en a deux sur trois, oui, il y a un problème, un trouble d'adaptation. Donc pour moi, ça me permet de cerner et à partir du moment où je cerne une problématique, je me dis ok, à mon niveau, je suis encore capable d'intervenir et de travailler la problématique avec le client et sa famille. Mais quand à un moment donné tu vois que tous les facteurs sont tous là, je l'accompagne, mais je me rends bien compte que j'ai besoin de quelqu'un d'autre pour intervenir » (S10 : 565-582).

Ainsi, les activités de FC suivies par les infirmières leur permettent de mieux établir les besoins de la clientèle et de déterminer dans quelle mesure l'apport d'un autre professionnel est nécessaire pour répondre au besoin du client.

Certaines des infirmières nous ont aussi mentionné, pendant les entrevues, que les activités de FC qu'elles suivent leur permettent d'améliorer l'information et l'enseignement qu'elles réalisent auprès du client et de sa famille (n= 2).

« Tu sais, comme les néo pulmonaires, avec les différents stades de cancer, tu comprends mieux pourquoi à tel stade on donne encore de la chimiothérapie et pas à l'autre stade. Maintenant, comme je connais et que je comprends mieux les traitements que le patient reçoit, je peux mieux l'informer, lui enseigner ou encore répondre adéquatement à ses questions » (S5 : 107-113).

L'infirmière met donc à profit les connaissances acquises par la formation continue dans sa relation thérapeutique avec le client. Ces activités de FC suivies lui permettent de donner plus d'informations au client sur sa situation de santé afin que celui-ci comprenne mieux les soins et les traitements qui lui sont prodigués et le suivi qui en découle. De plus, dans des situations de soins auprès de clientèles vulnérables, les infirmières soutiennent que les activités de FC suivies leur permettent de mieux protéger, soutenir et d'accompagner leurs clients.

« J'ai pris aussi [la formation] sur la douleur. Ça c'était sur mon temps que j'y allais; me former sur l'évaluation et les types de douleurs, les sortes d'analgésie, les médecines alternatives, etc. On a de tout ça. Les gens magasinent et quelque part ça fait partie du processus. Je ne me demande pas de tout connaître, mais je me dois de donner la bonne information au client et de l'orienter vers la bonne ressource au besoin si moi je ne sais pas. Je vais essayer de trouver de l'information de mon côté aussi. C'est aussi une partie de mon travail d'advocacy de défendre les droits des patients et des familles que je suis comme infirmière [...] Parfois tu es informée par le médecin et là le patient et la famille qui vivent dans un contexte précaire veulent payer une fortune pour des injections « miracles ». À ce moment-là, sans les décourager, les gens ont toujours besoin d'espoir, mais c'est aussi dans mon rôle de les

protéger, de les soutenir et de les accompagner dans ce cheminement-là. Des fois, on est moins «menaçant» que le médecin aussi. On est plus neutre. Par contre, des fois, on n'a pas toutes les informations. Des fois on a besoin du médecin de famille, du pharmacien. Ça me choque de voir les gens faire abuser d'eux quand en plus ils sont très vulnérables. J'essaie de bien les orienter. (S10 : 477-498).

Les activités de FC que suivent les infirmières leur permettent non seulement de donner des informations justes au client, mais aussi de voir à protéger ses intérêts, notamment dans des situations de vulnérabilité où le pronostic est généralement sombre à plus ou moins court terme.

De plus, deux infirmières que nous avons rencontrées en entrevue nous ont affirmé que les activités de FC qu'elles réalisent contribuent à améliorer la sécurité des interventions qu'elles réalisent à domicile. L'exemple le plus éloquent qui nous a été relaté concerne l'administration d'un produit de chimiothérapie.

« On avait eu une formation sur le Méthotrexate. Souvent on ne savait pas trop comment on devait vraiment le donner. Certains se blousaient d'autres se gantaient seulement. Donc là, après cette formation, on a une façon uniforme et pareille qu'on est supposé utiliser pour administrer le traitement par voie sous-cutanée. Les blouses, les gants et la petite poubelle. Avant, on utilisait la boîte jaune pour les aiguilles. Ce sont des soins plus sécuritaires pour les patients, mais aussi pour nous » (S4 : 421-428).

Certaines activités de FC que suivent les infirmières permettent donc d'intervenir en toute sécurité dans le cadre de leurs activités professionnelles qu'elles réalisent auprès des clients à domicile. Par conséquent, ces activités de FC peuvent à la fois contribuer à assurer la protection du public en ce qui concerne les clients, mais aussi à mettre en place des mesures qui s'inscrivent dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, pour les infirmières. Ce genre d'activités de FC permet également d'harmoniser la pratique infirmière.

5.3 Satisfaction de la clientèle

Le dernier élément que nous abordons dans le présent chapitre sur les résultats s'intéresse à la satisfaction de la clientèle. Bien qu'une seule infirmière ait abordé ce point pendant les entrevues, nous croyons important de le présenter dans nos résultats.

« Bien tu vois ce matin, j'ai eu l'appel d'une dame et elle disait à comment elle était satisfaite des soins reçus par notre équipe dédiée. On donne de bons soins et comme on suit une même clientèle, bien on se spécialise et la formation continue nous permet qu'on puisse pousser plus loin nos connaissances, les approfondir pour devenir encore plus spécialisées dans ce qu'on fait. Et ce n'est pas juste moi, c'est l'équipe » (S5 : 123-128).

Cette infirmière que nous avons rencontrée en entrevue a la perception que les activités de FC suivies contribuent à améliorer la satisfaction de la clientèle, car le fait que les infirmières suivent des activités de FC leur permet de développer une expertise qui contribue à assurer une prestation de soins de qualité. Cela peut, en conséquence, assurer la satisfaction de la clientèle.

En résumé, les infirmières croient avec conviction que les activités de FC qu'elles suivent exercent des retombées concrètes dans leur pratique clinique. Ces retombées contribuent principalement à améliorer la qualité de leur évaluation et de leurs interventions auprès de la clientèle dont elles assurent le suivi. D'autre part, ces activités de FC contribueraient également à la satisfaction de la clientèle. En d'autres mots, les activités de FC que suivent les infirmières leur permettent de développer plus en profondeur leurs capacités évaluatives qu'elles utilisent pour mieux comprendre la situation de santé du client. En comprenant mieux la situation de santé du client, elles mettent aussi de l'avant des interventions pertinentes qui permettent une prise en charge adaptée à la clientèle et ce, de façon sécuritaire.

Pour conclure ce chapitre sur les résultats, nous pouvons affirmer que les infirmières font généralement preuve d'engagement en matière de FIC, notamment par leurs attitudes favorables quant à l'importance de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances, leur sens des responsabilités de même que par leurs initiatives et actions individuelles en matière de FIC. Nous avons aussi constaté que les activités de FC qu'elles suivent sont de trois natures différentes. Elles suivent des activités de FC formelles, non formelles ou encore informelles. Parmi les facteurs qui influencent leur engagement, leur choix et leur participation au regard des activités de FC, les infirmières ont identifié :

1. le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins;
2. la pertinence perçue des activités de FC;
3. le contexte de pratique en solo au maintien à domicile;
4. le temps disponible pour la réalisation des activités de FC;
5. l'accessibilité des activités de FC;
6. le soutien de l'employeur.

Par ailleurs, les infirmières se disent généralement satisfaites des activités de FC suivies, même si elles considèrent qu'elles sont peu nombreuses. Elles ont aussi identifié trois aspects qui favoriseraient encore davantage leur satisfaction en matière de FIC. Ces trois aspects sont : le soutien plus important de la part de l'employeur, le développement d'une démarche structurée de FC ainsi que la mise en place de mécanismes qui soutiennent le transfert des connaissances à la pratique clinique. Finalement, les infirmières de soutien à domicile qui ont participé à l'étude affirment que les activités de FC qu'elles réalisent ont des retombées concrètes dans leur pratique clinique. D'une part, ces activités de FC suivies contribuent à améliorer la qualité de leur évaluation et de leurs interventions infirmières, ce qui permet souvent de préserver le maintien à domicile de la clientèle. D'autre part, par l'amélioration des compétences cliniques et la qualité des soins prodigués, la FIC a aussi comme

retombée ultime l'amélioration de la condition du client et plus largement la satisfaction de la clientèle suivie.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Le cinquième et dernier chapitre du mémoire présente une discussion en trois temps. Dans un premier temps, nous mettrons en évidence les résultats les plus saillants de l'étude, qui s'est intéressée au rapport à la FIC des infirmières en soutien à domicile, tout en faisant le lien avec des écrits pertinents à la FC. Dans un second temps, nous préciserons les forces ainsi que les limites de l'étude. Finalement, dans un troisième temps, nous proposerons des recommandations en fonction des principaux enjeux pertinents à l'amélioration de la FIC en maintien à domicile et des quatre champs d'activités de la discipline infirmière qui sont la gestion, l'enseignement, la recherche et la pratique clinique (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010).

1. RÉSULTATS SAILLANTS DE LA RECHERCHE

Dans cette première partie du chapitre, nous ferons ressortir les éléments les plus importants au regard des quatre questions spécifiques de recherche auxquelles nous souhaitons répondre. De plus, nous tenterons de comparer nos résultats à ceux des études et des écrits recensés. Par conséquent, nous traiterons respectivement (1) de l'engagement des infirmières en matière de FIC; (2) des facteurs influençant leur engagement, leurs choix et leur participation au regard des activités de FC; (3) de leur satisfaction au regard des activités de FC suivies et finalement (4) des retombées perçues des activités de FC suivies sur la pratique clinique en soutien à domicile.

1.1 Engagement des infirmières au rendez-vous en matière de FIC

Tel que nous l'avons défini dans le cadre de référence, l'engagement comprend trois dimensions ou aspects qui sont, dans le contexte de l'étude, des attitudes et comportements favorables à la FIC, un sens des responsabilités ainsi que des actions ou des initiatives personnelles en matière de FIC. Les trois prochaines sections traitent de ces dimensions de l'engagement qui ont été les plus marquantes dans l'étude.

1.1.1 Attitudes et comportements favorables et nécessité indiscutable de la FIC

Dans le cadre de notre recherche, nous avons perçu que les infirmières font preuve d'engagement en matière de FIC. Tel que nous l'avons présenté dans les résultats, la nécessité de suivre l'évolution, de développer des compétences particulières nécessaires à la prise en charge de situations de soins complexes et d'assurer une gestion adéquate des risques inhérents à la pratique infirmière en soutien à domicile sont les principaux motifs qui incitent les infirmières à accorder une importance particulière à la FIC pour la mise à jour et l'approfondissement de leurs connaissances. Ainsi, comme le rapportent Nolan, Owens et Nolan (1995), les infirmières considèrent la FIC comme étant un élément essentiel à leur développement professionnel et par conséquent, celle-ci devient un incontournable pour l'amélioration de la qualité des soins. De plus, lors des entrevues et de l'analyse des données, nous avons remarqué que les infirmières sont motivées et désirent acquérir de nouvelles connaissances et développer des compétences pertinentes à leur pratique. Ces résultats abondent dans le même sens que les résultats des études québécoises, canadiennes et états-unienne menées par Duquette (1983), Tassonne et Heck (1997), Dean (2004) et Billett (2008) que nous avons évoquées dans la problématique et le cadre de référence. Ainsi, tel qu'en témoignent les résultats de notre recherche et ceux de recherches précédentes pertinentes au thème de l'engagement en matière de FIC, il apparaît clair que les infirmières présentent des

attitudes et des comportements généralement favorables à la FIC, ce qui constitue le premier élément nécessaire à un engagement soutenu en matière de FIC.

1.1.2 Responsabilité en matière de FIC : qui fait quoi, quand et comment?

En ce qui a trait au deuxième élément qui caractérise l'engagement des infirmières en matière de FIC, c'est-à-dire la responsabilité à l'égard de cette dernière, nous avons compris qu'à l'heure actuelle, cette responsabilité interpelle principalement deux acteurs : les infirmières elles-mêmes et leur employeur. Nous avons également saisi qu'une zone grise persiste du côté des infirmières vis-à-vis leur employeur. Plus précisément, nous notons que les infirmières souhaitent que la responsabilité en matière de FIC soit partagée, en partie, avec leur employeur, étant donné que la FIC a pour but d'améliorer la qualité des soins et que ce but s'inscrit aussi dans la responsabilité de l'employeur. La part respective de responsabilité de chacun (de l'infirmière vs de l'employeur) demeure plutôt difficile à bien définir. À titre d'exemple, pour certaines infirmières, il s'agit de suivre des activités de FC payées par l'employeur alors que pour d'autres, la FIC implique un investissement personnel plus important qui exige de consacrer du temps à la réalisation d'activités de FC en dehors du travail. La manière et le moment où chacun des acteurs, infirmière et employeur, s'implique respectivement, demeurent donc encore un peu flous, ce qui contribue à maintenir l'existence d'une certaine zone imprécise au regard de la responsabilité en matière de FIC.

Toutefois, depuis la réalisation des entrevues et l'analyse des données, l'OIIQ a précisé sa position au regard de la responsabilité en matière de FIC. Ainsi, l'OIIQ est d'avis que la responsabilité de mettre à jour ses connaissances et de maintenir ses compétences incombe d'abord à l'infirmière, mais que le soutien de l'employeur, des établissements d'enseignement et des associations professionnelles est nécessaire pour accompagner l'infirmière dans cette démarche (Ouellet, Durand et Maillé, 2011). Cette orientation donnée par l'OIIQ aura-t-elle une influence sur la

perception de la responsabilité en matière de FIC, tant du côté de l'employeur que du côté des infirmières? Il est légitime de poser la question, mais encore trop tôt pour y répondre. Il faut toutefois comprendre que l'OIIQ peut seulement avoir des exigences envers ses membres (les infirmières au Québec) et non envers leur employeur ou une autre instance, bien qu'il puisse exercer un pouvoir persuasif, dans certains cas, auprès de ce dernier.

1.1.3 Actions et initiatives des infirmières en matière de FIC : de la recherche aux traces des activités de FC

Finalement, la troisième et dernière dimension de l'engagement porte sur les actions et les initiatives des infirmières en matière de FIC. Nous avons présenté, dans le chapitre des résultats, que les actions et les initiatives des infirmières comprennent essentiellement trois éléments : (1) la recherche d'informations sur les activités de FC existantes, (2) la recherche de soutien pour participer à des activités de FC et (3) la participation proprement dite aux activités de FC. Le premier élément qui s'intéresse à la recherche d'informations sur les activités de FC existantes ne nous est pas apparu comme un enjeu crucial par rapport aux questions de recherche de l'étude. À cet effet, l'analyse des résultats est claire, les infirmières utilisent différents moyens (consultation d'affiches sur les babillards de l'établissement et du programme annuel de FC de l'OIIQ, veilles documentaires ou échange d'informations avec d'autres collègues) pour rechercher (ou connaître) les activités de FC existantes et ces moyens semblent efficaces. Ce sont plutôt les éléments deux et trois qui ont retenu notre attention dans la présente discussion. Nous traiterons d'abord de la recherche de soutien pour participer à des activités de FC, puis de la participation des infirmières aux activités de FC sous les angles de la nature et de la place des activités de FC réalisées.

Recherche de soutien unique auprès de l'employeur pour participer à des activités de FC. Au cours de la recherche, nous avons été surpris de constater dans quelle mesure les infirmières recherchent, la plupart du temps, du soutien uniquement

auprès de leur employeur pour participer à des activités de FC. Considérant que toutes les infirmières dénoncent le manque de soutien de la part de leur employeur, il est étonnant qu'elles ne recherchent pas souvent le soutien auprès d'autres instances tel leur syndicat ou encore des partenaires ou des fournisseurs du milieu de soins. Nous n'avons pas recensé d'écrits sur les sources potentielles de soutien auxquelles feraient appel les infirmières en matière de FIC. Cependant, tout en admettant le rôle important que devrait jouer l'employeur, il serait des plus pertinents d'explorer des avenues alternatives ou plutôt complémentaires au soutien de l'employeur, surtout pour financer les activités de FC, considérant que les coûts pour participer aux activités de FC sont reconnus comme étant un obstacle important pour accéder à ces activités (Beatty, 2000; Dean, 2004; Duquette, 2003; Watson, 2004). Il s'agit là d'un véritable défi pour les infirmières.

Nature des activités de FC auxquelles participent les infirmières : une typologie redessinée. La participation des infirmières aux activités de FC a été un thème important dans nos résultats. Initialement, nous croyions que les activités de FC que suivaient les infirmières étaient de nature formelle ou informelle selon la catégorisation de Mc Nally (1979) et de Binamé (2005). Toutefois, pendant l'analyse des données, une autre approche recensée, qui comprend trois types d'activités de FC, s'est avérée être plus pertinente à la réalité des infirmières en soutien à domicile. Celle-ci a d'abord été développée par Zaki Dib (1988), en éducation, puis reprise et actualisée par l'Union patronale suisse (2010). Les trois types d'activités qu'elle compte sont les activités de FC formelles, informelles et non formelles. À l'heure actuelle, cette typologie tient particulièrement compte des caractéristiques du système éducatif européen. Nous avons donc dû l'adapter à la réalité québécoise, entre autres, en y ajoutant les notions d'unités de formation ou d'éducation continue (UFC et UÉC) qui semblent moins utilisées de l'autre côté de l'océan. Nous avons cependant porté une attention particulière pour respecter les grands principes qui permettent de bien distinguer les trois types d'activités de FC qu'elle comporte. Ainsi, la typologie redessinée des activités de FC que nous avons utilisée permet de jeter un regard

différent sur la nature des activités de FC que suivent les infirmières. L'utilisation d'une telle typologie pour classer les activités de FC contribue grandement à préciser l'étendue des actions (réalisation d'un cours universitaire, participation à un congrès, lecture d'un article pertinent à la pratique clinique, etc.) que posent les infirmières pour mettre à jour leurs connaissances et développer leurs compétences.

Place des activités de FC : réalité méconnue et perspective d'avenir. Les résultats sont éloquentes. Les activités de FC occupent une place importante chez les infirmières même si, jusqu'à maintenant, elles les documentent peu. Les infirmières accordent une importance indéniable aux activités de FC. Toutefois, les entrevues que nous avons réalisées nous ont fait voir qu'elles sont difficilement en mesure d'estimer le nombre d'heures qu'elles y consacrent, que ce soit sur une base hebdomadaire, mensuelle ou même annuelle. Selon nous, le fait que les infirmières ne tiennent pas de registre ou encore de portfolio, qui rendraient compte des activités de FC qu'elles réalisent, fait en sorte que plusieurs de leurs actions qui visent la mise à jour de leurs connaissances et le développement de leurs compétences restent méconnues (notamment de l'employeur, des chercheurs et plus largement du public). Pourtant, les infirmières que nous avons rencontrées réalisent plusieurs activités de FC. Lorsqu'on les interroge, elles sont en mesure de nommer ces activités et surtout, de préciser les raisons pour lesquelles elles les réalisent et l'impact de celles-ci sur les soins à la clientèle. Dans un contexte où l'apprentissage informel s'inscrit comme une tendance, voire une perspective d'avenir, autant dans les petites que dans les grandes entreprises, il s'avère essentiel de garder toutes traces de ces stratégies qui témoignent de l'actualisation de ses connaissances et du développement de ses compétences comme professionnel. Selon une étude réalisée par le Conference Board du Canada :

« [...] ce type d'apprentissage reçoit un meilleur appui de la part des dirigeants d'entreprise, qui le perçoivent comme étant mieux aligné sur la stratégie organisationnelle, plus efficace et moins coûteux. (Roussel, 2010, p. 15).

Ainsi, l'apprentissage informel serait moins considéré comme étant une dépense (*Ibid.*, 2010). Cette même étude, qui soutient l'importance de l'apprentissage informel qui peut prendre diverses formes (ex. : *coaching*, mentorat, groupe de résolution de problème), estime d'ailleurs que 56% des apprentissages en milieu organisationnel sont réalisés dans le milieu de travail des individus, dans le cadre de leurs activités professionnelles (*Ibid.*, 2010). Ceci expliquerait-il les raisons pour lesquelles on note de fortes occurrences pour les activités de FC informelles chez les infirmières en soutien à domicile? Chose certaine, l'apprentissage informel occupe une place non négligeable chez les infirmières que nous avons interviewées, même si elles sont d'avis que l'ensemble des activités de FC qu'elles réalisent (formelles, non formelles et informelles) sont aussi importantes les unes que les autres. Par rapport aux données actuelles, qu'elles proviennent du Canada, des États-Unis ou encore du Royaume-Uni, on ignore la place respective qu'occupent, chez les infirmières, les activités de FC, qu'elles soient formelles, non formelles ou informelles. Statistique Canada (2011) mentionne toutefois que les travailleurs de la santé sont ceux qui réalisent le plus d'activités de formation liée à l'emploi parmi l'ensemble des travailleurs au pays. Finalement, avec l'adoption de la norme professionnelle de FC par l'OIIQ, qui exige la tenue d'un registre de FC par les infirmières (Ouellet, Maillé et Durand, 2011), on peut espérer qu'un portrait plus précis des activités de FC réalisées par les infirmières pourra éventuellement être dressé.

1.2 Facteurs influençant l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC : une cible d'action

Après avoir remis en perspective les principaux résultats ayant trait aux trois composantes de l'engagement en matière de FIC, il importe, pour mieux saisir la portée de cet engagement chez les infirmières en maintien à domicile, de s'attarder aux facteurs qui peuvent l'influencer. Comme nous l'avons présenté dans le chapitre sur les résultats (section 3), ces facteurs peuvent non seulement influencer l'engagement, mais également le choix des activités de FC et la participation des infirmières à ces dernières. Ainsi, les six facteurs que nous avons identifiés en lien

avec cette dimension de notre recherche sont : (1) le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins, (2) la pertinence perçue des activités de FC, (3) le contexte de pratique en solo au maintien à domicile, (4) le temps disponible pour la réalisation des activités de FC, (5) l'accessibilité des activités de FC et (6) le soutien de l'employeur.

Plus tôt, dans la problématique (à la section 2.3) et le cadre de référence (aux sections 3 et 4), nous avons présenté des études et des modèles qui identifiaient des facteurs pertinents au développement et à l'implantation de programmes de FC et d'autres susceptibles d'influencer l'engagement, la participation et le choix d'activités de FC des infirmières en matière de FIC. Ainsi, il est possible de voir certaines similitudes entre les facteurs que nous avons identifiés dans la présente recherche et ceux que l'on retrouve le plus souvent dans les écrits pertinents à la FIC. La Figure 14 met en parallèle les facteurs identifiés dans notre recherche et ceux que l'on retrouve dans les études et les modèles pertinents à la FIC. À titre d'exemple, l'ANA (1994), Cervero (1985), Cividin et Ottoson (1997) de même que Bahn (2007) n'ont pas traité du contexte de pratique en solo en maintien à domicile. Toutefois, ils ont identifié l'environnement dans lequel exerce l'infirmière comme un facteur dont il faut tenir compte en matière de FIC. Dans le cas de notre étude, l'environnement réfère au contexte de pratique en solo au maintien à domicile.

Cela dit, les thèmes du soutien de l'employeur, du temps disponible pour la réalisation d'activités de FC et de l'accessibilité de ces dernières ont été identifiés de la même façon dont nous les retrouvons actuellement dans les résultats probants. En ce sens, les résultats de notre étude qui soulignent l'importance du soutien de l'employeur abondent dans le même sens que les études réalisées auparavant entre autres par Stolee et ses collaborateurs (2005), Watson (2004) et Beatty (2000) qui avancent que le soutien de l'employeur joue un rôle prépondérant, principalement dans l'accès aux activités de FC. De plus, comme en témoignent aussi les résultats de Overton et MacVicar (2008), nous avons pu remarquer que le soutien de l'employeur

peut prendre différentes formes (soutien financier, soutien affectif, soutien instrumental, soutien normatif et soutien à la formation), pour appuyer les infirmières dans leur démarche de FIC.

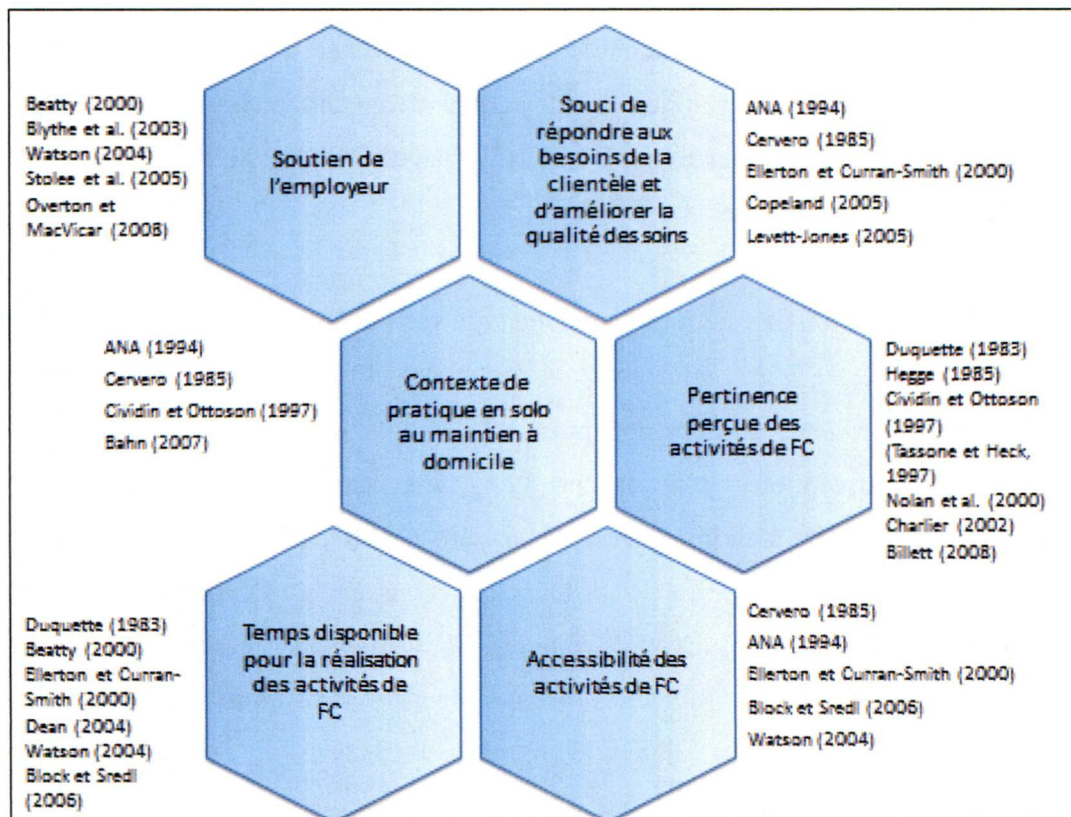


Figure 14 : Parallèle portant sur les facteurs identifiés dans la présente étude qui influencent l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC en matière de FIC et les autres auteurs s'étant déjà intéressés à la FIC.

Nous avons aussi réalisé au cours de la recherche, que les enjeux organisationnels sont également liés aux facteurs susceptibles d'influencer l'engagement, la participation et le choix des activités de FC en matière de FIC. Les entrevues le confirment : le manque de ressources dans les milieux de soins peut entre autres compromettre l'accessibilité à certaines activités de FC pour les infirmières en maintien à domicile. Plus précisément, l'accès aux activités de FC peut être compromis par une charge de travail jugée lourde par l'infirmière, surtout si elle n'est pas en mesure de déléguer certaines tâches. Ainsi, en ce qui a trait au temps

disponible pour la réalisation des activités de FC et à l'accessibilité de celles-ci, là encore, il apparaît clair que les contraintes que rencontrent les infirmières en soutien à domicile sont similaires à celles qui ont déjà été documentées en 1983 par Duquette, ici au Québec, et plus récemment ailleurs dans le monde par d'autres auteurs comme Block et Sredl (2006).

Par ailleurs, certains thèmes comme le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins et la pertinence perçue des activités de FC ont été moins décrits et explicités dans les études qui ont été réalisées à ce jour. Ainsi, la présente étude établit plus explicitement que Copeland (2005) et Levett-Jones (2005), que les besoins de la clientèle sont sous-jacents aux raisons et motifs qui amènent les infirmières à choisir et à suivre des activités de FC; ce qui représente une avancée importante. De surcroît, la pertinence perçue des activités de FC est intimement liée au souci de répondre aux besoins de la clientèle et à l'amélioration de la qualité des soins, pour ne pas dire qu'elle en découle.

Pour conclure, à la lumière des résultats et du parallèle que nous avons présentés, il apparaît impératif de tenir compte de ces facteurs clairement identifiés pour orienter les stratégies mises en œuvre en matière de FIC chez les infirmières. D'ailleurs, certains de ces facteurs identifiés dans la présente étude ont été relevés auparavant par des infirmières dans d'autres secteurs de pratique qu'en soutien à domicile.

1.3 Satisfaction des infirmières en matière de FIC : le présent et l'avenir

La troisième partie des résultats saillants de la recherche s'intéresse à la satisfaction des infirmières en matière de FIC. Le thème de la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC qu'elles réalisent reste, somme toute, peu exploré dans les écrits. Nous savons cependant, avec notre recherche, que présentement, les infirmières sont généralement satisfaites des activités de FC

qu'elles poursuivent. Elles associent également leur appréciation des activités de FC suivies à leur sentiment d'efficacité dans leur pratique clinique (c'est-à-dire prodiguer les meilleurs soins possibles au client). Ce sentiment d'efficacité les amènerait à toujours vouloir continuer à mettre à jour leurs connaissances et à développer leurs compétences. Ces résultats convergent d'ailleurs avec les études de Sirotnik (2006), Waddell (1991) et Beatty (2000) qui traitent de la motivation des infirmières en matière de FIC et que nous avons présentées dans la problématique.

L'analyse des entrevues nous a, par ailleurs, permis d'identifier des facteurs qui auraient le potentiel d'augmenter encore davantage la satisfaction des infirmières au regard des activités de FC qu'elles suivent. À cet égard, l'instauration de mécanismes d'identification des besoins de FC et de suivi post formation seraient deux éléments susceptibles d'améliorer de manière importante la satisfaction des infirmières. Finalement, le dernier élément qui pourrait aussi contribuer à améliorer la satisfaction des infirmières réside dans le souhait qu'elles ont exprimé à savoir que le développement des activités de FC et le transfert des connaissances à la pratique clinique reposent sur une démarche et des fondements scientifiques solides. Pour notre part, nous n'avons pas recensé d'écrits spécifiques à ce dernier élément. Toutefois, il apparaît évident que la pratique infirmière comprend une dimension scientifique et que les infirmières ressentent le besoin de revenir aux sources de leur formation, de leur profession. Les meilleures pratiques en soins infirmiers reposent sur des résultats probants issus de la science et comme les infirmières ont le souci de bien soigner, elles ont le désir d'asseoir leur pratique sur des fondements reconnus, des fondements scientifiques.

1.3.1 Analyse et identification des besoins de FC : un élément clé du processus de la FIC

Les infirmières souhaitent que soient adoptés une approche ou des outils et des moyens qui visent à identifier préalablement et de façon plus systématique leurs besoins de FC. Elles ne souhaitent pas être des acteurs qui suivent des activités de

FC, mais plutôt des acteurs qui co-construisent leur FC avec différents partenaires comme leur employeur et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. L'exemple de la formation en soins de plaies qui a été développée conjointement entre l'employeur et les infirmières a été souvent utilisé par ces dernières pour illustrer comment, lorsqu'elles sont impliquées dans les activités de FC qui leurs sont destinées, elles peuvent en retirer une grande satisfaction dans la mesure où elles considèrent que les connaissances acquises dans cette formation sont facilement transférables à leur pratique clinique. Ainsi, les infirmières souhaitent jouer un rôle actif dans les activités de FC qu'elles réalisent et ce, dès le début du processus, soit l'identification des besoins de FC. À cet effet, tant dans les disciplines de la santé que de l'éducation, les avis sont éloquentes et nombreux comme quoi, le premier facteur de succès et surtout d'efficacité de la FC implique une analyse des besoins des gens concernés par les activités qui seront mises de l'avant. D'ailleurs, des organismes de haute instance, tel l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soutiennent la nécessité que soient réalisées sérieusement l'analyse et l'évaluation des besoins de FC avant tout développement d'activités de formation. Pour l'OMS, l'analyse des besoins de FC doit avoir comme précepte premier que :

« [...] ce que l'on apprend dans la formation continue doit servir à maintenir ou à étendre les compétences nécessaires pour les soins de santé. [En ce sens,] la formation continue n'est satisfaisante que dans la mesure où elle s'attache à résoudre les vrais problèmes reconnus par la communauté, le système de santé et les praticiens de la santé. [...] L'évaluation des besoins de formation continue (et l'utilisation intelligente de cette évaluation) est peut-être la fonction la plus importante d'un système de formation continue » (Abbatt et Mejia, 1990, p. 24-27).

Ainsi, nous pouvons affirmer que le souhait des infirmières, qu'un mécanisme d'identification de leurs besoins de FC soit mis de l'avant, converge avec la position de la haute instance en matière de santé qu'est l'OMS. Plus près de nous et plus récemment, l'Institut national de santé publique du Québec (2008) a développé un cadre de référence, qui peut guider la démarche d'analyse et d'identification des

besoins de FC, à partir d'une typologie qui compte cinq différents types de besoins de FC. Il s'agit des besoins normatifs³⁶, institutionnels³⁷, comparatifs³⁸, démontrés³⁹ et ressentis⁴⁰. Dans notre étude, les infirmières ont beaucoup traité de leurs besoins de FC en termes de besoins normatifs et de besoins ressentis. L'utilisation d'un tel cadre de référence pourrait, entre autres, permettre aux organisations de créer des programmes de FC qui soient susceptibles de répondre de façon équilibrée à différents types de besoins de FC, notamment chez les infirmières.

De l'autre côté, en sciences de l'éducation, les écrits foisonnent aussi en ce qui a trait aux modèles qui peuvent être utilisés, pour l'analyse des besoins de formation, par les organisations dont la mission première n'est pas l'enseignement; ceci étant tout à fait le cas dans le contexte de notre étude. À cet effet, le modèle développé par Bourgeois (1991, p. 19-21) propose une approche fondée sur des principes clé « d'évaluation », de « vision systémique », de « régulation » et de « prise de décision » dont les résultats des « actions de formation » sont « l'efficacité et l'efficience ». Pour cet auteur, la FC doit devenir un « système ouvert » en « interaction constante avec son environnement ». Cela signifie, dans le contexte de notre étude, que la FIC doit faire l'objet d'une approche intégrée. Les activités de FC que réalisent les infirmières doivent être ancrées dans leur quotidien, afin que

³⁶ Ces besoins se définissent à partir des écarts identifiés entre les pratiques actuelles et les nouveaux standards définis par les experts que l'on retrouve généralement dans des guides de pratique ou des lignes directrices par exemples (INSPQ, 2008).

³⁷ Ces besoins « sont liés à la vocation de l'organisation [...] Il s'agit des compétences que l'organisation juge essentielles de retrouver chez ses divers groupes de professionnels en vue de remplir la mission qu'elle s'est donnée » (*Ibid.*, 2008, p. 6).

³⁸ Ces besoins correspondent aux « écarts observés entre un groupe ou des individus entre eux » (*Ibid.*, 2008, p. 7).

³⁹ Ces besoins sont le résultat de « l'écart mesuré entre les compétences d'un professionnel et celles qui sont recommandées par les spécialistes » (*Ibid.*, 2008, p. 7).

⁴⁰ Ces besoins « constituent l'écart entre les compétences qu'un professionnel se reconnaît et celles qu'il souhaite détenir » (*Ibid.*, 2008, p. 7).

s'amenuise l'écart entre la réalisation des activités de FC et le retour à la pratique clinique. Ceci contribuerait à faciliter le transfert des connaissances.

« Le développement des ressources humaines est de plus en plus considéré comme une variable stratégique de la performance des entreprises et des organisations. [...] La formation ne doit plus suivre ou même accompagner, mais anticiper. Le fait de voir la formation [continue] de plus en plus comme un investissement pour l'organisation implique aussi qu'on attend davantage en retour, au même titre que n'importe quel autre investissement » (Bourgeois, 1991, p. 20).

Dans le cadre de nos analyses, les infirmières en maintien à domicile ont d'ailleurs souligné, comme nous l'avons dit plus tôt, ce lien entre l'identification de leurs besoins de FC, leur satisfaction et leur efficacité dans leur pratique clinique. Les retombées ultimes d'un tel arrimage entre chacune de ces trois composantes devraient être l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la clientèle et qui sait, une plus grande satisfaction également de cette dernière. Blythe et ses collaborateurs (2003), en sciences infirmières, soutiennent aussi cette vision d'investissement dans le capital humain que représentent les sommes allouées à la FIC. Dans le cadre de notre recherche, malgré l'absence de mécanisme d'identification systématique des besoins de FC des infirmières, nous tenons quand même à souligner que la plupart des infirmières qui ont participé à l'étude ont affirmé que les activités de FC qu'elles réalisent répondent à une partie ou à quelques-uns de leurs besoins de FC. Cela s'explique principalement par le fait que les infirmières choisissent les activités de FC qui correspondent le plus à leurs intérêts.

1.3.2 Suivi post formation : un inducteur au transfert des connaissances à la pratique clinique

En plus d'un mécanisme d'identification de leurs besoins de FC, les infirmières manifestent le besoin que soient aussi instaurés des mécanismes qui visent le transfert des connaissances à leur pratique clinique. C'est ce deuxième élément qui

contribuerait à améliorer leur satisfaction au regard des activités de FC. Les mécanismes de transfert des connaissances sont généralement associés au suivi post formation continue dans les écrits pertinents à la FIC. D'ailleurs, l'importance de ce suivi a été un peu documentée, ici au Québec, par Boutin et ses collaborateurs (2006) dans le cadre d'une étude réalisée au Service Info-Santé et à laquelle nous avons déjà fait référence dans la problématique en termes d'efficacité de la FIC. À ce jour, bien que quelques études soutiennent la nécessité de ce suivi post formation, nous en sommes encore aux premiers balbutiements en ce qui concerne les différents éléments que devraient comprendre ce suivi. Par ailleurs, la Division de la santé et du développement de l'enfant de l'OMS (2003) a mis en place une telle initiative pour assurer le suivi post formation auprès des personnels de santé, dans un contexte de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Les directives mises en place par l'OMS dans le cadre de ce programme semblent correspondre, en partie, aux besoins manifestés par les infirmières dans notre étude. Le principal but visé par cette initiative était de renforcer les compétences des intervenants et de résoudre les problèmes qu'ils pouvaient rencontrer dans la mise en œuvre de la PCIME dans leur établissement (OMS, 2003). Quatre semaines après avoir suivi l'activité de FC, les professionnels faisaient l'objet d'une visite. Dans un premier temps, ils étaient rencontrés par les « facilitateurs » (les personnes expertes du sujet qui avait fait l'objet de la formation) afin de « recueillir les impressions et les perceptions des professionnels de santé » et d'évaluer dans quelle mesure leur pratique avait changé depuis la réalisation de leur formation. Dans un deuxième temps, le suivi comprenait l'observation du professionnel dans l'action ainsi qu'une entrevue avec les parents de l'enfant qui faisait l'objet d'un suivi. Dans un troisième temps, le facilitateur évaluait aussi l'environnement dans lequel le professionnel exerçait sa profession afin de déterminer si ce dernier était aidant pour soutenir le professionnel dans le changement de sa pratique. Tout au long de ce processus, le professionnel qui avait suivi la formation s'impliquait activement dans le suivi. À la toute fin, un rapport était remis à la personne qui avait suivi la formation et à l'établissement afin d'évaluer l'évolution des pratiques et de cerner les aspects tant professionnels, organisationnels

qu'environnementaux pour soutenir le changement de pratique à long terme. Ainsi, on peut penser qu'une démarche inspirée de celle de l'OMS pourrait répondre aux besoins des infirmières de soutien à domicile en ce qui a trait à l'instauration de mécanismes qui visent le transfert des connaissances à la pratique clinique. À cela s'ajoute aussi, pour les infirmières en maintien à domicile, le désir de réseautage avec des pairs dans le cadre de ce suivi associé au transfert des connaissances.

1.3.3 Au-delà d'une démarche d'apprentissage, une approche et un processus qui reposent sur des fondements scientifiques

En traitant des mécanismes de transfert des connaissances, les infirmières ont aussi touché la question de la « démarche scientifique ». Pour elles, la nécessité de se doter d'une démarche structurée dont les fondements reposent sur de solides bases scientifiques est nécessaire pour intégrer, à la pratique clinique, les connaissances acquises par la FC. Le succès du transfert des connaissances à la pratique clinique repose sur un arrimage entre les différents acteurs de la recherche, de l'enseignement et de la pratique clinique. Ce souhait, des infirmières en soutien à domicile, qu'un tel arrimage soit créé, s'inscrit aussi parmi la série de recommandations qui ont été formulées par un comité d'experts en développement professionnel continu de l'Institute of Medicine of the National Academies. Ce comité comprenait entre autres quelques professeurs émérites de même que des experts en développement professionnel continu issus de milieux cliniques diversifiés et de différentes professions de la santé. Il est à noter qu'aucune infirmière ne siégeait sur ce comité. Ensemble, les membres du comité ont produit un rapport à partir d'études et de consensus d'experts afin d'en arriver à des recommandations pour un « *redesign* » de la formation continue dans les professions de la santé (Warden, Mazmanian et Leach, 2009). Ce rapport propose dix recommandations pour que la formation continue en santé réponde davantage aux besoins de la population et des professionnels en tenant compte des réalités actuelles. Elles visent non seulement le transfert des connaissances à la pratique, mais aussi d'autres cibles telles : la recherche, le financement et la qualité des soins, pour ne nommer que celles-là. En

abordant le sujet du transfert des connaissances à la pratique clinique, les infirmières ont touché un élément majeur qui concerne non seulement leur satisfaction, mais aussi les retombées des activités de FC sur la pratique clinique.

1.4 Retombées des activités de FC chez les clients en maintien à domicile : des résultats tangibles souvent méconnus, mais réels

Le transfert des connaissances acquises à la pratique clinique est intimement lié aux retombées des activités de FC chez la clientèle. Rappelons qu'assez tôt dans les années 1990, nous retrouvions déjà cette préoccupation de documenter les effets ou les impacts des activités de FC que suivent les infirmières sur l'amélioration de la qualité des soins à la clientèle (Barriball, While et Norman, 1992). D'ailleurs, les modèles que nous avons présentés dans le cadre de référence ont tous une dimension associée aux retombées des activités de FC en termes d'amélioration de la qualité des soins. Pour Hegge (1985), il s'agit de l'évaluation de l'apprentissage en fonction de la pratique clinique; pour Cervero (1985), il s'agit du résultat sur le client et finalement pour l'ANA (1994), ces retombées des activités de FC se traduisent par la qualité, le coût et l'efficacité du soin. Par ailleurs, encore dans les années 2000, les auteurs réitèrent fréquemment le besoin d'études pour établir clairement un lien entre les connaissances acquises lors des activités de FC et leur impact sur l'amélioration de la qualité des soins prodigués à la clientèle; autrement dit leur efficacité (Griscti et Jacono, 2006). À l'heure actuelle, les études quantitatives ne permettent pas d'établir de liens directs entre les connaissances acquises dans une activité de formation continue et l'amélioration de la qualité des soins dans la pratique clinique en raison de limites méthodologiques importantes (découlant principalement d'un grand nombre de variables parasites). Là où notre recherche apporte un éclairage nouveau, c'est dans la façon d'évaluer les retombées des activités de FC sur la pratique clinique à partir de l'expérience des infirmières.

1.4.1 Amélioration de l'évaluation et de l'intervention infirmière : des vecteurs de la qualité des soins

Après avoir mené nos premières entrevues, nous avons réalisé que les retombées des activités de FC touchent particulièrement deux aspects de la pratique clinique des infirmières, soient l'évaluation et l'intervention. Ces deux éléments associés à l'amélioration de la qualité des soins étaient aussi les cibles de l'étude qui a été réalisée par Boutin et al. (2006) et que nous avons présentée dans le chapitre de la problématique. Cette étude quantitative réalisée ici, au Québec, chez des infirmières du service Info-Santé, apporte des bémols importants quant à l'effet à long terme des activités de FC sur l'amélioration de la qualité de l'évaluation et de l'intervention infirmière. Pour notre part, l'approche qualitative que nous avons retenue pour la réalisation de notre étude nous a permis de tirer des conclusions un peu différentes quant aux effets des activités de FC que suivent les infirmières. Effectivement, dans certaines de nos entrevues, les infirmières ont fait référence à des activités de FC qu'elles avaient suivies il y a parfois deux ou trois ans et elles étaient en mesure de donner des exemples concrets de la façon dont ces connaissances, qu'elles avaient acquises par des activités de FC, étaient appliquées encore aujourd'hui dans leur pratique clinique. Les entrevues réalisées ont permis de comprendre comment les infirmières arrivaient à modifier leur pratique clinique et à y intégrer de nouvelles connaissances. L'exemple de l'infirmière qui est maintenant en mesure de détecter plus rapidement un œdème aigu du poumon chez un client insuffisant cardiaque parce qu'elle a développé une compétence en examen clinique illustre bien dans quelle mesure la FC peut contribuer de façon durable à l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce dernier cas, le client peut recevoir, selon une ordonnance, un diurétique par voie intraveineuse à son domicile, puis faire l'objet d'un suivi qui sera adapté à sa condition. Cela signifie une visite de moins à l'urgence et dans bon nombre de cas, un épisode hospitalier de moins et parfois aussi un séjour de moins en soins aigus. Comme société, il apparaît clair que c'est un gain important et qu'il devient avantageux d'investir sur de telles activités de FC qui visent à améliorer les capacités

évaluatives de l'infirmière. Le même principe a aussi été vu avec les formations en soins de plaies et le dépistage du délirium. Les infirmières sont en mesure de dire concrètement ce en quoi les activités qu'elles réalisent (ou qu'elles ont réalisées) contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et ce, à moyen ou à long terme, lorsqu'elles sont en contact avec des situations qui les incitent à utiliser leurs nouvelles connaissances.

1.4.2 Efficacité de la FIC : une démarche réflexive, une quête de sens

Pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de façon durable, les activités de FC que suivent les infirmières doivent être jugées pertinentes par celles-ci. Dans les résultats, nous avons fait valoir que les activités de FC que réalisent les infirmières sont susceptibles d'être efficaces dans la mesure où elles permettent d'améliorer la qualité de l'évaluation et de l'intervention infirmière auprès de la clientèle. Dans ces cas, elles sont jugées pertinentes à la pratique clinique.

Le meilleur exemple de nos résultats qui traite de la pertinence et de l'efficacité des activités de FC est le projet qui visait à développer un cadre de référence en soins de plaies. Dans ce projet, les infirmières devaient réaliser des activités de FC qui leur étaient utiles pour développer leur cadre de référence qui oriente leur évaluation et leurs interventions auprès du client qui présente une plaie dont l'évolution vers la guérison est plutôt lente ou absente. À cet égard, les entrevues que nous avons menées nous ont permis, dans un premier temps, de réaliser que les infirmières adoptent une approche réflexive (avant, pendant et après l'action) au regard de leur pratique, qui s'apparente assez bien à celle que propose Hegge (1985) dans son modèle d'apprentissage autodirigé. Dans un deuxième temps, nous avons pu établir, lors de l'analyse des données, qu'en complémentarité au modèle de Hegge (1985), deux éléments viennent avant la première étape de ce dernier qui consiste à identifier les besoins d'apprentissage et à évaluer les ressources (Figure 15). En effet, chez les participantes à la recherche, nous avons remarqué que le premier élément qui

déclenche le processus d'identification des besoins d'apprentissage est une situation problématique ou encore un besoin du client auquel l'infirmière ne peut répondre dans l'immédiat.

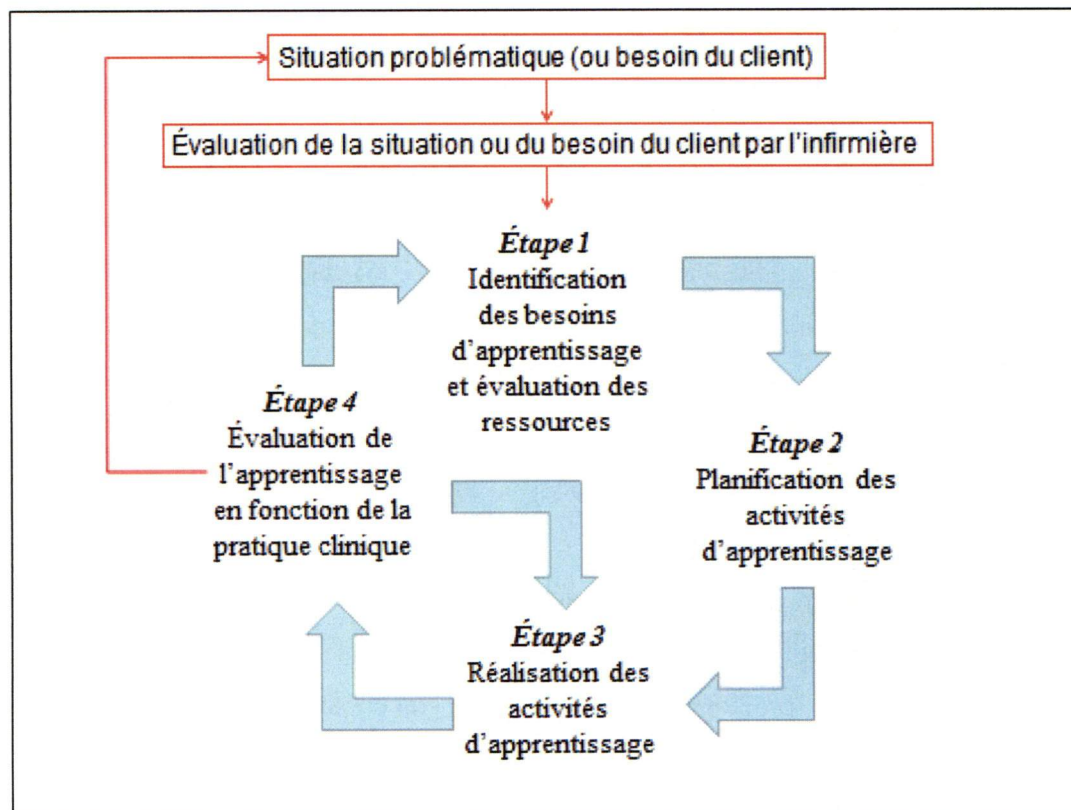


Figure 15 : Le modèle d'apprentissage autodirigé (Hegge, 1985) revu à la lumière de l'expérience de FIC en maintien à domicile

Lorsqu'elle est confrontée à cette situation problématique (ou à ce besoin), l'infirmière tente de l'évaluer, au meilleur de ses connaissances. C'est après cette évaluation du problème qu'elle arrive à la première étape du modèle, pour identifier ses besoins d'apprentissage et évaluer ses ressources. S'ensuivent les trois autres étapes du modèle, avant d'en arriver à déterminer si le problème a été résolu. Dans certains cas, les activités de FC suivies par les infirmières viseront les interventions à poser, alors que dans d'autres situations, les infirmières acquerront les connaissances nécessaires pour évaluer plus en profondeur la problématique de santé du client.

Ainsi, dans le cadre de ce projet d'élaboration du guide de référence en soins de plaies, les infirmières ont considéré que les activités de FC et la démarche qu'elles avaient suivies se sont avérées efficaces pour améliorer leur évaluation et leurs interventions auprès de la clientèle. Ceci corrobore les résultats de l'étude de Walsh et de ses collaborateurs (2006) qui étayaient que les infirmières qui réalisent des activités de FC qui s'inscrivent dans une approche réflexive (comme c'est le cas chez les infirmières en maintien à domicile que nous avons interviewées) interviennent plus efficacement auprès de la clientèle. Cette étude dans laquelle les infirmières avaient suivi une activité de FC, dont l'approche pédagogique était de type réflexif, a été en mesure de démontrer qu'elles assuraient un meilleur *management* de la fièvre en pédiatrie, notamment en évaluant et en traitant plus efficacement cette dernière. Tel que le soulignait Walsh et son équipe (2006) dans leur étude, les approches pédagogiques de type réflexif et actif doivent nécessairement être mises de l'avant pour mieux favoriser le transfert des connaissances théoriques à la pratique clinique. De telles approches favorisent la réflexion non seulement avant et pendant l'action, mais aussi après celle-ci (*Ibid.*, 2006). C'est de cette démarche réflexive dont nous ont fait part les infirmières dans le cadre des entrevues. Les infirmières rattachent les connaissances qu'elles acquièrent au fil du temps, par exemple avec des activités de FC, à leurs connaissances antérieures et actuelles ainsi qu'à leurs expériences personnelles et professionnelles. C'est en fonction de ces paramètres qu'elles établissent la pertinence ou la signifiante d'une activité de FC.

Finalement, nos résultats et ceux de l'étude de Walsh et al. (2006) nous portent à penser que, si l'activité de FC que réalise l'infirmière a un sens pour elle en fonction de sa pratique clinique, cette même activité de FC aura plus de chance d'exercer un impact tangible sur l'efficacité de l'évaluation et de l'intervention de l'infirmière auprès de la clientèle. Ceci devrait toutefois faire l'objet d'autres études.

2. FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Après avoir discuté des principaux faits et résultats saillants de la recherche, il s'avère essentiel d'explicitier les forces et les limites de l'étude.

La recherche que nous avons menée présente des forces intéressantes. Il s'agit de la première étude qui s'intéresse au rapport à la FIC en traitant, de façon élargie, les facteurs d'influence, la nature et la place des activités de FC suivies de même que les retombées de celles-ci dans la pratique clinique, plus spécifiquement en maintien à domicile. De surcroît, cette recherche permet de mieux comprendre certains phénomènes peu documentés à ce jour comme : l'impact de la pertinence perçue des activités de FC et les retombées de celles-ci dans la pratique clinique, principalement au regard de l'amélioration de l'évaluation et de l'intervention infirmière. De plus, le fait d'avoir identifié explicitement que le souci des infirmières de répondre aux besoins des clients était au cœur de leur engagement en matière de FIC constitue un élément majeur également peu documenté jusqu'à présent.

Du point de vue méthodologique, le fait que la recherche se soit intéressée à identifier, décrire et à documenter les retombées des activités de FC suivies à partir de descriptions concrètes des infirmières et d'exemples authentiques de leur pratique clinique est aussi relativement nouveau. Jusqu'à maintenant, les retombées des activités de FC ont plus souvent qu'autrement été évaluées ou mesurées par des personnes externes et des outils parfois plus ou moins adaptés à la réalité des infirmières; ce qui constitue des limites importantes. En matière de FIC, il peut être bien difficile de repérer, de compter et de déterminer avec justesse toutes les actions qui visent la mise à jour des connaissances et le développement des compétences et encore plus d'en évaluer les impacts réels, dans ce cas-ci, sur la qualité des soins. De plus, comme nous l'avons présenté dans la problématique, le champ de la recherche s'est très peu intéressé aux infirmières en maintien à domicile, malgré un virage des soins plus en plus prononcé vers la communauté. Cette étude-ci jette donc des bases

intéressantes non seulement pour mieux comprendre la FIC en maintien à domicile, mais plus largement, aussi, pour mieux saisir la portée de la pratique clinique des infirmières aujourd'hui, en 2012. Finalement, la rigueur des processus de codification et de validation constitue aussi une force importante de l'étude.

Finalement, la dernière force que nous tenons à souligner et non la moindre, est l'exercice que nous avons fait pour mieux comprendre les liens qui existent entre les sciences de l'éducation et les sciences infirmières. La présente étude propose donc une façon de concevoir la FIC selon une approche bidisciplinaire. Nous avons pu constater que les approches pédagogiques peuvent exercer une influence sur l'efficacité de la FIC et par conséquent sur la qualité des soins que prodiguent les infirmières. En ce sens, les connaissances actuelles en sciences de l'éducation qui touchent entre autres les approches pédagogiques ont tout intérêt à être utilisées en sciences infirmières afin de rendre encore plus efficaces les activités de FC destinées aux infirmières. La typologie redessinée des activités de FC (formelles, non formelles et informelles) que nous avons utilisée comme cadre d'analyse et la notion de soutien à la formation sont deux autres exemples qui illustrent un apport significatif des sciences de l'éducation aux sciences infirmières. De l'autre côté, en sciences infirmières, le contexte actuel des soins de santé et les réalités de pratique des infirmières en soutien à domicile viennent poser de nouveaux défis au regard de la mise à jour continue de ses connaissances et du développement de ses compétences professionnelles comme infirmière, pour l'amélioration de la qualité des soins auprès d'une clientèle, généralement vulnérable, suivie à domicile. Ces éléments doivent évidemment être toujours pris en considération.

Par ailleurs, la recherche réalisée présente aussi certaines limites. La première limite est en rapport à la petite taille de l'échantillon. Effectivement, il serait prétentieux de croire que les résultats de la présente étude élucident en entier le rapport à la FIC. Nous espérons toutefois que l'hétérogénéité de l'échantillonnage (âge, nombre d'années d'expérience comme infirmière, nombre d'années

d'expérience comme infirmière en soutien à domicile, scolarité, etc.) nous a permis d'avoir un portrait assez riche de la FIC chez les infirmières en soutien à domicile.

À cette première limite s'ajoute également le fait que l'étude se soit déroulée dans un seul milieu de soins. Nous pouvons penser que la réalité à partir de laquelle les infirmières se sont exprimées n'est pas toujours la même dans l'ensemble des milieux de soins en soutien à domicile, au Québec ou ailleurs dans le monde. À cette étape-ci, nous pouvons nous demander si le contexte de pratique en soins à domicile est similaire d'un milieu de soins à l'autre au Québec. Peut-être que les réalités de pratique d'autres infirmières dans ce même secteur de soins nous proposeraient un regard différent et complémentaire sur la FIC.

La troisième limite de l'étude que nous avons identifiée cible le biais. En effet, certains critiques pourraient avancer que le fait d'aller interviewer les infirmières sur les retombées des activités de FC constitue en soi un biais puisque l'infirmière devient alors partie prenante et juge de la FIC. De plus, il est aussi très probable que les infirmières qui ont participé à la recherche faisaient preuve d'un engagement remarquable en matière de FIC, de sorte qu'elles sont plus susceptibles de valoriser la FIC, d'y participer et d'intégrer à leur pratique les nouvelles connaissances acquises. Ceci n'est peut-être pas le cas chez des infirmières moins engagées ou moins motivées. Chez ces dernières, peut-être noterait-on un rapport plus ou moins différent à la FIC et des retombées moins importantes ou mêmes absentes en termes d'amélioration de l'évaluation et de l'intervention infirmière.

3. RECOMMANDATIONS ET ENJEUX POUR L'AMÉLIORATION DE LA FIC EN MAINTIEN À DOMICILE

Après avoir discuté de nos résultats et présenté les principales forces et limites de l'étude, il convient, avant de conclure ce dernier chapitre du mémoire, de formuler certaines réflexions sous forme de recommandations qui pourront éventuellement orienter la pratique, l'enseignement, la gestion et la recherche en

matière de FIC et ainsi favoriser l'amélioration de la FIC en général et de manière plus spécifique en maintien à domicile.

3.1 Recommandations pour la pratique clinique

À la lumière de la présente recherche, nos recommandations qui s'adressent aux infirmières en pratique clinique touchent quatre points. Premièrement, il serait souhaitable que les infirmières documentent plus précisément les besoins de la clientèle pour lesquels elles jugent nécessaire d'acquérir de nouvelles connaissances qui leur permettront de développer les compétences nécessaires à une meilleure prise en charge de celle-ci.

Deuxièmement, elles se doivent de bien faire connaître ces besoins de formation qu'elles ont, non seulement au gestionnaire ou au supérieur immédiat, mais aussi, par exemple, au Conseil des infirmières et infirmiers (CII) de leur établissement qui joue un rôle déterminant. Étant en partie responsable de la qualité des soins dans les établissements de santé du Québec, le CII constitue un levier pour le développement professionnel continu des infirmières, assurant ainsi la dispensation de soins de qualité à la clientèle. Ce levier demeure actuellement sous utilisé par les infirmières. D'autres organismes tel l'Ordre infirmier régional ou encore le syndicat local sont aussi encore peu sollicités de la part des infirmières pour les soutenir, par exemple financièrement, dans la mise à jour de leurs connaissances.

Troisièmement, il est impératif de faire connaître les retombées des activités de FC sur la qualité des soins. Chaque infirmière peut, par exemple, au moyen d'un portfolio, documenter le temps consacré à la FIC et les effets d'une activité de FC suivie au regard de situations de soins rencontrées dans sa pratique clinique. Ainsi, elle conserve des traces de sa démarche de réflexion et de ses actions en matière de FIC qui contribuent à améliorer la qualité des soins. On remarque, surtout aux États-Unis et au Royaume-Uni, la place de plus en plus importante que prend le portfolio

professionnel pour l'évaluation et le développement des compétences, y compris chez les infirmières (Byrne, Schroeter, Carter et Mower, 2009). Le groupe de codéveloppement semble aussi une avenue intéressante pour actualiser la FIC localement dans les milieux de soins, la favoriser et en faire connaître les retombées. Cette approche permet de mobiliser les ressources et l'expertise au sein des équipes de soins déjà en place et que les professionnels partagent leurs connaissances et apprennent les uns des autres, dans le but de résoudre des problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique (Payette et Champagne, 1997).

Finalement, les infirmières doivent indéniablement poursuivre leurs efforts dans la mise à jour de leurs connaissances, principalement en faisant preuve d'engagement en matière de FIC et en favorisant le transfert des connaissances acquises dans les activités de FC à leur pratique clinique. Évidemment, elles doivent continuer à faire preuve de persévérance pour contrer les obstacles fréquemment rencontrés tels le manque de financement, le manque de temps pour réaliser des activités de FC et les autres contraintes personnelles ou familiales qu'elles peuvent avoir et qui sont susceptibles de rendre difficile la mise à jour de leurs connaissances et le développement de leur compétence. Une étude publiée suite au dépôt de notre projet de mémoire (en mai 2010) confirme que ces mêmes obstacles affectent aussi la FIC dans d'autres pays comme en Afrique du Sud (Richards et Potgieter, 2010). Malgré ces obstacles, qui peuvent rendre plus difficile l'accès aux activités de FC, les infirmières ont une responsabilité individuelle en matière de FIC et celle-ci s'inscrit indubitablement dans le professionnalisme dont elles doivent faire preuve dans l'exercice de la profession. En ce sens, elles doivent continuer d'assumer cette responsabilité qui semble leur tenir à cœur.

3.2 Recommandations pour l'enseignement

Les recommandations que nous proposons pour l'enseignement touchent principalement deux aspects qui sont les approches pédagogiques et l'importance du rôle de l'infirmière éducatrice.

Les résultats probants les plus actuels tendent à soutenir que les approches pédagogiques à partir desquelles prennent forme les activités de FC exercent une certaine influence sur l'efficacité de ces activités en termes de retombées concrètes, durables et favorables à l'amélioration de la qualité des soins. Parmi ces approches, celles de type réflexif et actives ont été identifiées comme étant efficaces pour assurer à long terme une amélioration de la qualité des soins (Walsh et *al.*, 2006). Dans l'optique où la finalité de la FIC est généralement l'amélioration de la qualité des soins à la clientèle, il devient essentiel que les activités de FC offertes tiennent compte d'une part des besoins les plus importants chez la clientèle suivie en maintien à domicile et d'autre part de ces approches réflexives et actives jugées efficaces. C'est ce que nous recommandons à la lumière des résultats de notre étude. De plus, les caractéristiques des infirmières comme apprenantes, leurs connaissances antérieures, leurs expériences professionnelles, leurs croyances et leur expertise sont aussi des éléments à prendre en considération pour orienter l'offre des activités de FC et la façon dont celles-ci sont réalisées (ANA, 1994; Cervero, 1985).

En plus des approches pédagogiques de types réflexifs et actifs, certains autres éléments peuvent contribuer à améliorer l'efficacité de la FIC. Dans le cadre de notre recherche, certaines infirmières ont affirmé qu'il serait important qu'une personne soit responsable de la FIC en maintien à domicile (ou en première ligne), en termes de coordination, de développement, d'évaluation et de leadership. Ailleurs dans le monde, comme aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Burkina Faso, des infirmières éducatrices (*Nurse educator*) assument un tel rôle dans plusieurs milieux de soins, mais principalement en centre hospitalier. Leur présence a, dans certains cas, été associée à une diminution des infections nosocomiales, une amélioration des pratiques cliniques et à une diminution de la durée de séjour ou de suivi de la clientèle, ce qui peut représenter des gains non négligeables pour le système de santé (Day et *al.*, 2012). Ces infirmières éducatrices, qui détiennent généralement une formation de deuxième cycle en sciences infirmières ou en éducation, jouent un rôle

important non seulement en termes de coordination et de développement d'activités de FC, mais aussi en assurant une grande partie du suivi et du soutien post formation (Koldsgaard, Crooks et Durrant, 2008). Elles agissent comme facilitatrices dans le transfert des connaissances de la théorie à la pratique clinique. Elles sont également impliquées de manière importante dans l'évaluation de la qualité de soins (*Ibid.*, 2008). De plus, en intervenant auprès des infirmières en pratique clinique, avec lesquelles elles travaillent en étroite collaboration, elles sont souvent perçues, par celles-ci, comme étant des mentors qui les accompagnent dans leur démarche de FIC. Ce sont généralement les infirmières éducatrices qui donnent une structure à la FIC dans les milieux de soins, une structure apparentée, par exemple, à celle que souhaitent les infirmières en soutien à domicile qui ont participé à l'étude. Les infirmières éducatrices sont les expertes du continuum de la FIC (de l'identification du problème à l'évaluation des retombées de l'activité de FC sur la pratique clinique). Ici, au Québec, de tels rôles sont plutôt rares, surtout dans les milieux de soins francophones. Nous croyons qu'il pourrait être intéressant d'évaluer la pertinence de développer un tel rôle à plus grande échelle, particulièrement dans le secteur des soins de première ligne, comme en maintien à domicile. De manière générale, jusqu'à maintenant, peu d'emphasis a été mis sur l'importance des compétences « d'éducatrice » chez les infirmières qui sont responsables des programmes ou des activités de FC pour les infirmières en pratique clinique. Ce créneau gagnerait sûrement à être mieux développé. De récents standards précisent le rôle, les compétences et les responsabilités de l'infirmière éducatrice dans les milieux où un tel rôle existe (*Ibid.*, 2008). Ainsi, il ne faut pas seulement associer les compétences d'éducatrice des infirmières au service de l'enseignement au client, mais aussi au service des infirmières qui doivent mettre à jour leurs connaissances pour maintenir et développer leur compétence durant toute leur vie professionnelle.

3.3 Recommandations pour la gestion

Les recommandations pour la gestion touchent aussi le côté « politique » de la FIC. Au niveau macroscopique, présentement, les grandes orientations qui favorisent et valorisent le développement d'une culture de formation continue sont quelque peu dissonantes avec les coupures survenues il y a environ deux ans dans les budgets de FC, entre autres dans le domaine de la santé. Ceci a eu comme impact, dans les établissements de santé, de contraindre les gestionnaires à restreindre l'accès des infirmières aux activités de FC. Si on se fie à la logique de Blythe et de ses collaborateurs (2003), ceci revient un peu à dire que comme société, nous avons coupé nos investissements dans le capital humain que représentent les infirmières du Québec. Par le fait même, considérant que l'une des principales préoccupations des infirmières est le souci de répondre aux besoins de la clientèle et que ces besoins les orientent entre autres dans leurs choix d'activités de FC qu'elles réalisent, on peut penser que les coupures dans les budgets de FC constituent aussi une coupure dans les services de santé aux citoyens. Il ne faut pas l'oublier, en maintien à domicile, deux des caractéristiques de la clientèle sont la difficulté à sortir du domicile et bien entendu, le caractère complexe des maladies qui requièrent un suivi infirmier adéquat pour éviter autant que possible les visites à l'urgence et les séjours en soins aigus ou de courte durée en soins hospitaliers. Ultimement, un maintien à domicile de qualité peut évidemment contribuer à repousser l'admission du client en soins de longue durée. Dans cette optique, si l'infirmière n'est pas en mesure d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la prise en charge de la clientèle en maintien à domicile, comme société, compromettons-nous le maintien à domicile de nos personnes vulnérables? Quel est alors le choix le plus judicieux? Investir dans la FC des infirmières pour assurer une réponse adéquate aux besoins de la clientèle en préservant le maintien à domicile le plus longtemps possible ou encore laisser survenir des épisodes multiples d'hospitalisation pour venir à bout des phases d'exacerbation de la maladie qui favorisent la perte d'autonomie et dans certains cas, l'accélération de la transition de soins vers des ressources d'hébergement plutôt

coûteuses? Il appartient aux gestionnaires et aux dirigeants du domaine politique de clarifier leur vision quant à cette situation, tout en tenant compte des choix de société faits par les citoyens.

Au niveau de la gestion microscopique, c'est-à-dire dans les établissements de santé, il apparaît clair, selon les résultats de notre étude, que les gestionnaires sont favorables à la FIC dans la mesure du possible et surtout dans le respect des limites budgétaires qui leur semblent imposées. Des initiatives intéressantes telle la mise sur pied de comités dans lesquels des infirmières soignantes sont impliquées s'avèrent être un succès aux yeux de ces dernières. Ainsi, la gestion participative semble avoir des effets positifs en matière de FIC, ce qui serait à encourager. Toutefois, comme le soulignaient les infirmières interviewées, il peut être difficile de penser assumer un rôle de gestionnaire tout en jouant un rôle prépondérant de courtier des connaissances et de coordination de la FC dans le milieu de soins. En ce sens, la FIC constitue un volet de qualité des soins qui est exigeant et qui nécessite parfois beaucoup de temps qui peut empiéter sur les activités de gestion courantes dans le milieu de soins. C'est pourquoi nous formulons une réserve qui vise à ne pas confondre la gestion de la FIC, qui relève nécessairement du gestionnaire, avec la gestion du processus de la FIC, qui elle, implique davantage des aspects pédagogiques comme l'évaluation des besoins de FC, l'analyse de problématiques de soins vécues par les infirmières, le développement d'activités de FC, le soutien à la pratique clinique, le soutien post formation et l'évaluation des retombées des activités de FC. Actuellement, la gestion du processus de la FIC incombe au gestionnaire de service en grande partie et pourtant, plusieurs autres tâches de gestion occupent une place plus prépondérante pour assurer le fonctionnement optimal du service de soutien à domicile. Pour nous, il apparaît donc clair que pour répondre aux besoins que manifestent les infirmières, il pourrait être pertinent de repenser la gestion du processus de la FIC. Cette approche repensée pourrait d'abord permettre de soutenir encore davantage les infirmières dans la mise à jour de leurs connaissances et le développement de leurs compétences au cœur même de leur pratique clinique. Ensuite, de permettre au gestionnaire de service

de se concentrer pleinement sur son rôle premier qui vise l'administration optimale du service de soutien à domicile et ultimement, de favoriser à long terme, l'amélioration de la qualité des soins. C'est ce que nous croyons et proposons.

3.4 Recommandations pour la recherche

Après avoir abordé la pratique, l'enseignement et la gestion, nous ne pouvons passer sous silence les recommandations concernant la recherche. Nous traiterons d'abord des approches de recherche, puis de sujets ou d'intérêts qui pourraient orienter les prochaines recherches en matière de FIC.

3.4.1 Innovation dans les approches de recherche

À première vue, avec les résultats de la présente étude, il est indéniable que les infirmières doivent être plus impliquées dans la recherche qui touche la FIC, conformément à leur désir manifesté dans les entrevues réalisées. Des approches et méthodologies de recherche novatrices, comme la recherche-action et la recherche collaborative, nous permettraient sans doute de comprendre encore davantage les impacts réels des activités de FC sur la qualité des soins à la clientèle. Peut-être pourraient-elles aussi favoriser davantage l'efficacité de la FIC et donc les retombées dans la pratique clinique?

3.4.2 Sujets et intérêts de futures recherches en matière de FIC

Au-delà des approches de recherche, il est aussi intéressant d'identifier certains sujets qui pourraient orienter la réalisation de nouvelles recherches en FIC. Considérant le vieillissement de la population, il apparaît urgent que les chercheurs s'intéressent un peu plus, non seulement à la clientèle en maintien à domicile, mais aussi aux infirmières qui assurent le suivi de ces clients pour mieux les soutenir dans leur rôle et surtout dans la mise à jour de leurs connaissances. Les modèles actuels pertinents à la FIC semblent, pour la plupart, encore présenter des forces intéressantes

qui nous permettent d'orienter nos actions en matière d'actualisation de la FIC dans les milieux cliniques, dont en maintien à domicile. À cet effet, ils peuvent encore donner une certaine direction à la recherche en matière de FIC. Par ailleurs, maintenant que nous connaissons mieux les principaux facteurs qui influencent l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC et que nous savons également que certaines approches pédagogiques (par exemple l'approche réflexive) sont plus susceptibles de produire des effets positifs sur la qualité des soins qui perdurent dans le temps, est-il justement venu ce temps d'envisager la possibilité de développer un modèle qui conceptualisera la FIC comme un processus dynamique dans un système ouvert où le client et l'infirmière sont au centre de ce processus? Cette question mérite une attention particulière pour les recherches futures.

CONCLUSION

La FIC constitue un enjeu de taille pour les infirmières dans la mise à jour de leurs connaissances et le développement de leurs compétences professionnelles. La recherche réalisée a permis de mieux définir le rapport à la FIC des infirmières en soutien à domicile, notamment en explorant plus en profondeur certaines dimensions relatives à leur engagement, à leur satisfaction ainsi qu'aux obstacles qu'elles rencontrent et aux retombées perçues des activités de FC sur la pratique clinique.

Bien qu'il soit encore difficile de quantifier avec exactitude la place qu'occupent les activités de FC chez les infirmières, la recherche réalisée a permis de mieux en comprendre la nature (formelles, non formelles et informelles) et surtout, de prendre conscience qu'elles sont importantes pour les infirmières. Ces dernières croient en la nécessité de mettre à jour et d'approfondir leurs connaissances pour prodiguer des soins de qualité à la clientèle dont elles assurent le suivi dans la communauté. Elles posent des actions concrètes pour mettre à jour leurs connaissances et sont en mesure, à partir d'expériences vécues, d'explicitier en quoi la FIC contribue, de façon durable, à l'amélioration de leur évaluation et de leurs interventions auprès de leurs clients; ce qui aurait des impacts positifs sur la satisfaction de ceux-ci. De plus, dans certains cas, les activités de FC suivies contribueraient à préserver le maintien à domicile du client. Les infirmières semblent aussi relativement satisfaites des activités de FC qu'elles réalisent, même si elles manifestent le souhait d'en suivre davantage.

De plus, l'analyse des données a permis d'identifier six facteurs susceptibles d'influencer l'engagement, le choix et la participation des infirmières au regard des activités de FC. D'une part, nous avons identifié certains facteurs tels : le temps disponible pour la réalisation des activités de FC, l'accessibilité des activités de FC et le soutien de l'employeur, plus spécifiquement au niveau financier, comme des

éléments qui nécessitent une attention particulière pour soutenir les infirmières dans leur démarche de FIC. D'autre part, les facteurs comme le souci de répondre aux besoins de la clientèle et d'améliorer la qualité des soins, le contexte de pratique en solo au maintien à domicile, la pertinence perçue des activités de FC et d'autres dimensions du soutien de l'employeur, comme le soutien à la formation, valorisent l'engagement et la participation des infirmières aux activités de FC. L'ensemble de ces facteurs contribuent également à orienter leurs choix des activités de FC qu'elles réalisent.

Il apparaît aussi clair que la présente étude n'est pas une finalité en soi, mais plutôt le commencement d'une nouvelle ère qui devra de plus en plus s'intéresser à la FIC dans l'action, puisque celle-ci semble naturelle chez les infirmières, mais encore trop peu documentée. Il devient impératif de développer une vision contemporaine de la FIC qui tienne compte des limites que nous connaissons, mais qui valorise aussi chacune des actions de formation qui ont des retombées positives chez la clientèle soignée par les infirmières. Il est également urgent de s'intéresser à la gestion du processus de la FIC dans les milieux de soins, en termes d'actualisation de la FIC. À cet effet, plus récemment, plusieurs milieux de soins tendent vers le développement d'une culture d'organisation apprenante au sein de leur établissement. En ce sens, certaines stratégies comme le développement du rôle des infirmières éducatrices et d'activités de FC fondées sur une approche réflexive et la constitution de groupes de codéveloppement représentent des initiatives intéressantes pour ancrer la FIC dans la pratique clinique quotidienne. Ceci est aussi congruent avec la prise de position du MELS (2002) qui veut que le milieu du travail devienne un lieu de prédilection pour le développement d'une véritable culture de FC. Ces stratégies, qui misent sur la mobilisation des ressources et des expertises au sein même du milieu de soins et de ses partenaires, semblent être une voie des plus prometteuses pour amoindrir les effets actuels des obstacles les plus fréquemment rencontrés, lesquels rendent difficile l'accès aux activités de FC. De plus, elles semblent avoir le potentiel pour favoriser le plus de retombées possibles sur l'amélioration de la qualité des soins prodigués à la

clientèle. C'est ce que nous croyons à la lumière des résultats de notre étude et de notre analyse critique des écrits recensés sur la FC, tant en sciences infirmières qu'en sciences de l'éducation.

Pour terminer les dernières lignes de ce mémoire, nous croyons que la FIC demeure une préoccupation constante qui exige des investissements soutenus, tant humains que financiers, de la part de chacun des individus dans les milieux de soins. Nous trouvons également important de souligner et de saluer tous les efforts de chacun des intervenants qui font de la FIC un maillon central dans la chaîne d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbatt, F. et Mejia, A. (1990). *La formation continue des personnels de santé – Manuel pour atelier*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2011). *Ville de Sherbrooke*. Site téléaccessible à l'adresse: <http://www.stop-abus-aaines.ca/documents/Ville_de_Sherbrooke.pdf>. Consulté le 1^{er} novembre 2012.
- American Nurses Association. (1994). *Standards for Nursing Professional Development : Continuing Education and Staff Development*. Washington DC : American Nurses Publishing.
- Association canadienne de soins et services à domicile (2008). *Les soins à domicile: le prochain service essentiel – Répondre aux besoins de notre population vieillissante*. Site téléaccessible à l'adresse: <<http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1913>>. Consulté le 20 novembre 2008.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *Cadre national pour les programmes de maintien de la compétence chez les infirmières autorisées*. Site téléaccessible à l'adresse : <http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/NationalFrameworkContinuingCompetence_f.pdf>. Consulté le 5 novembre 2007.
- Bahn, D. (2007). Orientation of nurses towards formal and informal learning : Motives and perceptions. *Nurse Education Today*, 27, 723-730.
- Barriball, K., While, A. et Norman, I. (1992). Continuing professional education for qualified nurses : a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1129-1140.
- Beatty, R. (2000). *Rural nurses' attitudes toward participation in continuing professional education*. Thèse de doctorat en éducation des adultes, Pennsylvania State University.
- Becker, W. (2006). *Sur le concept d'engagement*. Site téléaccessible à l'adresse : <<http://sociologies.revues.org/642>>. Consulté le 16 décembre 2011.
- Bellemare, D. et Besner, G. (2002). Réformes et restructurations dans les soins infirmiers : L'infirmière au cœur de la tourmente et de la solution. *L'infirmière du Québec*, 10(2), 37-42.

- Billett, S. (2008). Learning throughout working life : A relational interdependence between personal and social agency. *British Journal of Educational Studies*, 56(1), 39-58.
- Binamé, J.-P. (2005). *Connaître les besoins de formation dans un ensemble d'entreprises et organisations – Balises méthodologiques – L'expérience des partenaires du réseau Siamt*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://observatoire.emploi.wallonie.be/dyn/14/fichiers/Conbesoi388.pdf>>. Consulté le 25 janvier 2008.
- Blouin, Y., Carrier, R., Champoux-Lesage, P., Côté, É., Côté, M., Croteau, M., Desgagnés, M., Desrosiers, G., Filiatreault, C., Gauthier, G. et Gendreau, L. (2000). *Projet de formation infirmière intégrée – Rapport du Comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.mels.gouv.qc.ca/ens-sup/ens-coll/specialistes.PDF>>. Consulté le 3 septembre 2007.
- Block, V. et Sredl, D. (2006). Nursing Education Professional Practice – A Collaborative Approach to Enhance Retention. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(1), 23-28.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L. et Butt, M. (2003). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay et M. Mayrand Leclerc *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (p. 23-36). Cap Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Bourgeois, É. (1991). L'analyse des besoins de formation dans les organisations : un modèle théorique et méthodologique. *Mesure et évaluation en éducation*, 14(1), 17-60.
- Boutin, H., Robichaud, P., Valois, P. et Labrecque, M. (2006). Impact of a continuing Education Activity on the Quality of Telephone Interventions by Nurses in an Adult Asthma Client Base. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 335-343.
- Brodeur, M., Deaudelin, C. et Bru, M. (2005). Le développement professionnel des enseignants – Apprendre à enseigner pour soutenir l'apprentissage des élèves. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(1), 5-14.
- Byrne, M., Schroeter, K., Carter, S., et Mower, J. (2009). The Professional Portfolio: An Evidence-Based Assessment Method. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(12), 545-552.

- Cervero, R. (1985). Continuing professional education and behavioral change : a model for research and evaluation. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 16(3), 85-88.
- Charlier, B. (2002). Le réseau d'enseignants: Lieu d'apprentissage et d'innovation. Dans L. Lafortune, C. Deaudelin, P.-A. Doudin et D. Martin (Dir) *La formation continue – De la réflexion à l'action*. (p. 119-138). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Cividin, T. et Ottoson, J. (1997). Linking Reasons for Continuing Professional Education Participation with Postprogram Application. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 17, 46-55.
- Cloutier, B. et Ménard, N. (2001). *Pharma-fiches*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Copeland, S. (2005). Innovative Ways to Promote Recruitment, Retention, Collegiality, and Professionalism Using Continuing Education Plans. *The Journal of Continuing Education in nursing*, 36(5), 226-228.
- Curran, V., Fleet, L. et Kirby, F. (2006). Factors influencing rural health care professionals' access to continuing professional education. *Australian Journal of Rural Health*, 14, 51-55.
- Day, S., Garcia, J., Antillon, F., Wilimas, J., McKeon, L., Carty, R., Alarcon, P., Pui, C., Ribeiro, R. et Howard, S., (2012). A sustainable Model for Pediatric Oncology Nursing Education in Low-Income Countries. *Pediatr Blood Cancer*, 58, 163-166.
- Dean, J. (2004). *Perceived Benefits of and Barriers to Continuing Education among Hospital employed Registered Nurses*. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Kirkhof School of Nursing, Grand Valley.
- Denis, J. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada (étude no 36)*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/36_Denis_F.pdf>. Consulté le 30 octobre 2007.
- Deshaies, C., Labrie-Gauthier, M. et Leprohon, J. (2010). *Lignes directrices : L'exercice infirmier en santé communautaire – soutien à domicile*. 2^e édition, Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill éditeur.

- Deslauriers, J.-P., Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds) *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.85-109). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Desrosiers, G. (2005). Éditorial : L'évolution des soins infirmiers exige la création des spécialités infirmières. *Perspective infirmière*, 3(2), 6-7.
- Desrosiers, G. (2007). Éditorial : La loi 90 : des retombées pour l'ensemble des infirmières. *Perspective infirmière*, 4(3), 6-8.
- Ducharme, F. (2001). La recherche : voie privilégiée du développement du savoir infirmier. *L'infirmière du Québec*, 8(4), 23-34.
- Duchesne, C., Savoie-Zajc, L. et St-Germain, M. (2005). Les raisons d'être de l'engagement professionnel chez des enseignantes du primaire selon une perspective existentielle. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(3), 497-518.
- Duquette, A. (1983). Les conditions du milieu peuvent entraver la motivation à l'éducation continue. *L'infirmière canadienne*, 25(10), 22-26.
- Ellerton, M.-L. et Curran-Smith, J. (2000). Postdiploma Nursing Education : After the Year 2000. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 31(6), 257-262.
- Emploi Québec (2008). *Le marché du travail au Québec. Perspectives à long terme 2008-2017*. Site téléaccessible à l'adresse <http://emploiuebec.net/publications/pdf/00_imt_perspectives_long_terme_2008_2017.pdf>. Consulté le 15 septembre 2009.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247-273.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. 2^e édition, Montréal : Décarie éditeur inc.
- Friedman, A. et Phillips, M. (2004). Continuing Professional Development : developing a vision. *Journal of Education and Work*, 17(3), 361-376.
- Furze, G. et Pearcey, P. (1999). Continuing education in nursing : a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 355-363.
- Gobeil, I. (1998). *La formation continue du personnel des entreprises, un défi pour le réseau public de l'éducation – Avis à la ministre de l'éducation par le*

Conseil supérieur de l'éducation. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/form-per.pdf>>. Consulté le 16 avril 2009.

Gouvernement du Canada (2004). *Les soins à domicile au Québec et en Ontario : Structures et dépenses*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0231-f.htm#quebec.txt>>. Consulté le 16 mars 2008.

Gouvernement du Québec (2002). *Projet de loi 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Loi90-adopte.pdf>>. Consulté le 8 octobre 2007.

Gouvernement du Québec (2009). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers, c. 1-8, r.4.1 Code des professions*. (L.R.Q., c. C-26, a. 87). Québec : La Gazette officielle. Site téléaccessible à l'adresse : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8R4_1.htm>. Consulté le 16 septembre 2009.

Griffitts, L. (2002). Geared to achieve with lifelong learning. *Nursing Management*, 33(11), 22-25.

Griscti, O. et Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing : literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.

Hamel, M. et Alain, C. (2004). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Version abrégée*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-216-01.pdf>>. Consulté le 23 août 2007.

Hamric, A.B., Spross, J.A., et Hanson, C.M. (sous la dir. de) (2009). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, 4^e éd., St. Louis: Saunders Elsevier.

Hegge, M. (1985). A model for Continuing Nursing Education Through Self-Directed Learning. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 16(6), 205-213.

Huberman, A. M. et Miles, B. M. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. (Trad. De C. Backer et V. Lamognie) Bruxelles : De Boeck.

Hugues, E. (2005). Nurse's perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard*, 19(43), 41-49.

- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation – Volet formation continue*. Document téléaccessible à l'adresse: < http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800_cadre_de_reference.pdf>. Consulté le 28 avril 2011.
- Koldsgaard, R., Crooks, D. et Durrant, M. (2008). Innovations in Nursing Education; Standard Development for Nurse Educator Practice. *Journal for nurses in staff development*, 24(3), 119-123.
- Kraus, C. (1994). Easing the transition to high-tech home care. *Caring*, 13(2), 51-52.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N. et Drevniok, U. (2008). Pression sur les recrues. *Perspective infirmière*, 5(4), 31-32.
- Lawton, S. et Wimpenny, P. (2003). Continuing professional development: a review. *Nursing Standard*, 26(17), 41-44.
- Lefebvre, A. et Soderstrom, L. (2000). *Rapport : Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publique de santé*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.csbe.gouv.qc.ca/site/download.php?f=cf1d5dd7f309d5993ea4acd84880f89d>>. Consulté le 20 août 2007.
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique, Manuel d'aide à la décision responsable*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lehoux, P. et Law, S. (2004). *Les technologies de soins à domicile : Enjeux de l'organisation et de la prestation des services du Québec*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.associationhu.org/zdocpdf/20070715%20SoinsADomicileResume.pdf>>. Consulté le 20 décembre 2008.
- Levett-Jones, T.-L. (2005). Continuing Education for Nurses : A Necessity or a Nicety? *Continuing Education for Nurses*, 36(5), 229-233.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques*. Montréal : Éditions nouvelles.
- Malo, D. (2004). *Processus d'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile*. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal.
- Mann, K. (2002). Thinking about Learning : Implications for Principle-Based Professional Education. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 69-76.

- McNally, J. (1978). A Resource Model for Continuing Education in Nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 9(4), 33-37.
- Meservy, D. et Monson, M. (1987). Impact of Continuing Education on Nursing Practice and Quality of Patient Care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 18(6), 214-220.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyses des données qualitatives*. (Trad. De M. Hlady Rispal révision scientifique de J. J. Bonniol), 2^e édition. Paris : De Boeck.
- Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport (MELS) (2002). Plan d'action en matière d'éducation des adultes et de formation continue – Chapitre 2 : La formation continue liée à l'emploi. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.mels.gouv.qc.ca/REFORME/formation_con/annexe2.htm>. Consulté le 18 mai 2008.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Nolan, M., Owens, R. et Nolan, J. (1995). Continuing professional education : identifying the characteristics of an effective system. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 551-560.
- Nolan, M., Owens, R., Curran, M. et Veanbles, A. (2000). Reconceptualising the outcomes of continuing professional development. *International Journal of Nursing Studies*, 37(5), 457-467.
- Ouellet, J., Durand, S. et Maillé, M., (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : Norme professionnelle*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ouellet, J., Durand, S. et Maillé, M., (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec : Document d'orientation*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *Planification stratégique 2006-2009*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Données sur les statistiques des effectifs*. Document non publié.

- Organisation mondiale de la santé (2003). *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : Directives pour le suivi après la formation*. Document téléaccessible à l'adresse : <<http://www.sante.gov.ma/Departements/DP/PDF/SMI/GuidSuiviPCIME2003.pdf>>. Consulté le 5 novembre 2012.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Site téléaccessible à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf>. Consulté le 20 novembre 2012.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012). *Dix faits sur le vieillissement et la qualité de vie*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/index.html>>. Consulté le 20 novembre 2012.
- Overton, G. et Mac Vicar, R., (2008). Requesting a Commitment to Change: Conditions That Produce Behavioral or Attitudinal Commitment. *Journal of continuing education in the health professions*, 28(2), 60-66.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli, *L'analyse thématique en sciences humaines et sociales* (p. 123-145). Paris: Armand Colin/VUEF.
- Payette, A. et Champagne, C., (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Pearson, C. et Care, W. (2002). Meeting the continuing education needs of rural nurses in role transition. *Journal of continuing education in nursing*, 33(4), 174-179.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. 3^e édition, Montréal : Chenelière Éducation.
- Reno, K., Phyllis, C., Ferket, K., Wojcieszak, E. et Reshoft, M. (2005). Getting Over the Rainbow – One Community Hospital's Vision. *Nursing Administration Quarterly* 29(2), 119-122.
- Richards, L. et Potgieter, E. (2010). Perceptions of registered nurses in four state health institutions on continuing formal education. *Curationis*, juin, 41-50.
- Rivard, P. (2002). *La gestion de la formation en entreprise : Pour préserver et accroître le capital compétence de votre organisation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Romanow, R. (2002). *Guidé par nos valeurs; l'avenir des soins de santé au Canada – Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>. Consulté le 10 novembre 2007.
- Roussel, J.-F. (2010). L'apprentissage informel : une nouvelle donne, de nouveaux défis. *Effectif* 13(3), 14-19.
- Santé et services sociaux Québec (2003). *Pour faire les bons choix – Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>>. Consulté le 18 janvier 2011.
- Santé et services sociaux Québec (2004). *Personnel réseau et ministériel – La main-d'œuvre infirmière de formation universitaire au Québec : Orientation ministérielles*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-514-01W.pdf>>. Consulté le 10 novembre 2007.
- Savoie-Zajc, L. (2004). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.) *Recherche sociale – De la problématique à la collecte des données* (pp.293-316). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Sénéchal, G. (1996). *Pour un accès réel des adultes à la formation continue – Avis à la ministre de l'Éducation par le Conseil supérieur de l'éducation*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/50-0410.pdf>>. Consulté le 20 juillet 2009.
- Sirotnik, M. (2006). *Continuing Competence in Nursing – A study of Issues and Perceptions*. Manuscrit non publié. Ontario Institute for Studies in Education, Toronto.
- Smith, N., Timms, J., Parker, V., Reimels, E. et Hamlin, A. (2003). The Impact of Education on the Use of Physical Restraints in the Acute Care Setting. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 26-33.
- Solar, C. (1995). Nouvelles tendances en éducation des adultes. *Revue des sciences de l'éducation*, 21(3), 443-472.
- Solar, C. (2002). Variations sur la formation continue des personnels enseignants – Une analyse comparée. Dans L. Lafortune, C. Deaudelin, P.-A. Doudin et D. Martin (Dir) *La formation continue – De la réflexion à l'action*. (p. 9-42). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Statistique Canada (2011). *Éducation des travailleurs de la santé : Résultats provinciaux*. Site téléaccessible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/2008068/s8-fra.htm#s8_2>. Consulté le 22 octobre 2012.
- Stolee, P., Esbaugh, J., Aylward, S., Cathers, T., Harvey, D., Hiller, L., Keat, N. et Feightner, J. (2005). Factors Associated With the Effectiveness of Continuing Education in Long Term Care. *The Gerontologist*, 45(3), 399-405.
- Tassone, M. et Heck, C. (1997). Motivational Orientations of Allied Health Care Professionals Participating in Continuing Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 17, 97-105.
- Union patronale suisse (2010). *Prise de position de l'Union patronale suisse sur la politique de la formation continue de la Confédération*. Document téléaccessible à l'adresse <http://fdep.ch/Documents/FC_Unionpatronale.pdf>. Consulté le 30 septembre 2012.
- Turner, P. (1991). Benefits and costs of continuing nursing education : an analytical survey. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 22(3), 104-108.
- Vallée, P. (2002a). *La loi 90 – Nouvelles pratiques infirmières*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.ledevoir.com/2002/10/11004.html>>. Consulté le 20 août 2007.
- Vallée, P. (2002b). *La loi 90 – Refonte en profondeur du système de santé*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.ledevoir.com/2002/10/12/10995.html>>. Consulté le 20 août 2007.
- Waddell, D. (1991). The effects of continuing education on nursing practice : a meta-analysis. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 22(3), 113-118.
- Walsh, A., Edwards, H., Courtney, M., Wilson, J. et Monaghan, S. (2006). Paediatric fever management : Continuing education for clinical nurses. *Nurse Education Today*, 26, 71-77.
- Warden, G., Mazmanian, P. et Leach, D. (2009). *Redesigning Continuing Education for the Health Professions*. Document téléaccessible à l'adresse : <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2009/Redesigning-Continuing-Education-in-the-Health-Professions/CE_release_v3.pdf>. Consulté le 30 octobre 2012.

- Watson, M. (2004). *Reasons for and barriers to participation in continuing education among licensed practical nurses in New York State*. Thèse de doctorat en éducation, Columbia University, New York.
- Wood, I. (1998). The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses : a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35,125-131.
- Wynd, C. (2002). Evidence-based Education and the Evaluation of a Critical Care Course. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 119-125.
- Zaki Dib, C. (1988). *Formal, non-formal and informal education: Concepts Applicability*. Document téléaccessible à l'adresse: <<http://www.technedib.com.br/downloads/6.pdf>>. Consulté le 12 octobre 2011.

ANNEXE I

Guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE

1- DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Prénom	
Nom	
Catégorie d'âge a) 20-30 ans b) 31-40 ans c) 41-50 ans d) 51-60 ans e) 61 ans et plus	
Coordonnées pour vous rejoindre le plus facilement (téléphone, courriel, adresse postale)	
Nombre d'années d'expérience comme infirmière	
Nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD	
Statut d'emploi	
Titre d'emploi	
Secteur d'activité	
Plus haut niveau de scolarité complété	
Formation en cours (s'il y a lieu)	
Formation suivie spécifique aux soins à domicile (autre que l'orientation). Si oui, laquelle et quelle en était la durée? (ex. : Concentration en santé communautaire dans le cadre du DEC-BAC dans certaines universités)	

2- ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET SYSTÈME SOCIAL

Au sein du service de soins en soutien à domicile, décrivez-moi :

- votre rôle;

- vos responsabilités professionnelles (degré d'autonomie, supervision et soutien professionnels, etc.);

Note : Pour celles qui travaillaient en soutien à domicile avant 1996 (virage ambulatoire), leur demander si leurs responsabilités et leurs activités ont changé au fil des ans... et si oui, quels sont les changements qui sont survenus?

- la clientèle que vous soignez;
- les types de soins que vous dispensez :
- la collaboration existante au sein de votre équipe de travail;

3- IDENTIFICATION ET AMPLEUR DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE (FC)

En prenant en considération la définition de FIC que nous vous avons soumise, parlez-nous des activités de FC que vous suivez ou que vous avez suivies :

- Quelles sont les activités de FC que vous suivez ou avez suivies depuis que vous êtes inf. en soutien à domicile (ou plus récemment, selon le cas)?
- Selon votre situation actuelle ou récente, combien de temps consacrez-vous à la FIC (estimation sur une base mensuelle ou annuelle par exemple)?
 - Est-ce que vous considérez que ce temps est suffisant/insuffisant; pourquoi?

4- FACTEURS INFLUENÇANT L'ENGAGEMENT, LA PARTICIPATION ET LE CHOIX D'ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE FIC

- De façon générale, qu'est-ce qui vous amène à suivre (ou à ne pas suivre) des activités de FC?
 - Est-ce pour répondre à des besoins quelconques dans le cadre de votre travail? Explicitiez.
- Dans quelle mesure trouvez-vous qu'il est pertinent et nécessaire d'avoir accès à des activités de FC comme inf. en soutien à domicile? Explicitiez votre réponse.

- Que pensez-vous de l'offre et de l'organisation des activités de FC pour les infirmières en SAD?
 - Quels sont vos besoins et quelles sont vos attentes à l'égard de la FIC?
 - De quelle manière et dans quelle mesure les activités de FC suivies y répondent ou non? Explicitez.
 - Qui décide (ou choisit) les activités de FC que vous suivez ou que vous avez suivies?
 - Est-ce votre choix, celui d'une autre personne, d'un groupe, d'un gestionnaire, etc?
 - Comment s'effectue le choix des activités de FC que vous suivez?
 - Comment identifiez-vous les activités de FC qui pourraient vous être utiles? (ou comment vous y prenez-vous pour trouver les activités de FC que vous suivez?);
 - Qu'est-ce qui vous pousse à suivre ces activités de FC plutôt que d'autres?
 - Qui donne la FC dans votre milieu de soins?
 - Quelle est l'approche pédagogique utilisée pour dispenser les activités de FC? (cours magistral, approche par situation clinique, apprentissage en ligne, séminaire de lecture, midi conférence, ...)
 - Qui assure le suivi post formation dans votre milieu une fois les activités de FC complétées?
- Y a-t-il des contraintes ou des motifs qui font en sorte ou qui ont déjà fait en sorte que vous ne pouviez pas participer à des activités de FC?
 - Si oui, quelles sont-ils (elles)?
 - Et en quoi vous empêchent-ils (elles) ou vous ont-ils (elles) déjà empêché de participer à des activités de FC?
- Comment percevez-vous le soutien de votre employeur face à la FIC des inf. en SAD?

- Dans quelle mesure correspond-il (ou ne correspond-il pas) à vos attentes?

5- SATISFACTION AU REGARD DES ACTIVITÉS DE FC SUIVIES

- Dans quelle mesure êtes-vous satisfaite (ou insatisfaite) des activités de FC que vous suivez ou que vous avez déjà suivies? Explicitez à l'aide d'exemples.
- Les activités de FC que vous suivez répondent-elles à vos besoins et à vos attentes?
 - Dans quelle mesure et pourquoi?

6- RETOMBÉES PERÇUES DES ACTIVITÉS DE FC SUIVIES SUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- Les activités de FC que vous suivez vous apportent-elles quelque chose dans votre pratique? Explicitez.
- Y a-t-il d'autres retombées que vous associez aux activités de FC suivies?
 - Si oui, quelles sont-elles?
- Les activités de FC que vous suivez vous apportent-elles quelque chose personnellement? Explicitez.
- Lorsque votre employeur vous donne accès à de la FIC (si c'est le cas), qu'est-ce que cela signifie pour vous? (Ou s'il ne vous donne pas accès à des activités de FC, qu'est-ce que cela signifie pour vous?)
- Une fois que vous avez suivi une activité de FC, comment ces nouvelles connaissances que vous avez acquises sont-elles réinvesties ou transférées dans votre pratique clinique? (Si le participant a déjà mentionné qu'il y a des impacts dans sa pratique.)
 - Qu'est-ce qui facilite l'application de ces connaissances dans votre pratique?
 - Quels sont les obstacles que vous rencontrez pour l'application de ces connaissances.

7- CONCLUSION DE L'ENTREVUE

- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter à cette entrevue?
- Quel serait votre souhait pour améliorer la FIC des infirmières en soutien à domicile?
 - Selon vous, sur quels aspects devrions-nous mettre des énergies en vue de l'améliorer?
- Remercier la participante.

ANNEXE II

Extrait du plan de codification utilisé

1.1. Soutien instrumental [sout. Instr.]

(Comprend l'accès au matériel nécessaire pour prodiguer les soins et l'encadrement de la pratique infirmière au plan clinico-administratif : exemple accès aux nouveaux pansements et règle de soins encadrement les soins de débridement de plaies.)

1.2. Soutien à la formation [sout. Form.]

(Comprend toutes les initiatives de l'employeur pour développer des activités de FC dans le milieu de soins, pour les infirmières. Elles peuvent être spécifiques ou non au SAD.)

Retombées des activités de fc suivies sur la pratique clinique [retombées pratique clinique]

1. Amélioration de la qualité de l'évaluation infirmière [amélioration évaluation inf.]

1.1. Compréhension plus approfondie des problèmes et des besoins que peuvent présenter les personnes suivies au mad [compré.]

1.2. Communication facilitée avec le corps médical afin d'établir un plan de traitement et de suivi approprié à la condition clinique de la personne [plan tx]

1.3. Anticipation et détection plus justes et précoces des s/s d'une complication (ou d'une détérioration) imminente (y compris la prise en charge prompte de celle-ci). Ex. : compétence en examen clinique (auscultation) [anticipation et détection]

2. Amélioration de la qualité des interventions infirmières [amélioration intervention inf.]

2.1. Optimisation dans le choix de tx du client et dans le suivi requis par sa condition clinique [opt.]

- Tendance à recourir à l'utilisation de nouvelles technologies et de nouveaux traitements
- Accélération du processus de guérison
- Diminution de la durée de suivi
- Établissement des modalités de suivi

2.1.1. Harmonisation/standardisation/uniformisation des pratiques de soins d'une infirmière à l'autre [uniformisation]

- Actions et stratégies mises en œuvre pour qu'un soin soit donné de la même manière par les intervenants, dans un même contexte de soins (ex. : administration d'un médicament IV).

3. Satisfaction de la clientèle [satis. Clientèle]

(Fait référence aux témoignages ou marques de reconnaissances de patients qui se disent satisfaits des soins reçus et que l'infirmière établit un lien entre la FC et le témoignage de ce client.)

ANNEXE III

Attestation de conformité : Comité d'éthique de la recherche en éducation
et en sciences sociales de l'Université de Sherbrooke



Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

Analyse de la formation infirmière continue d'infirmières en soutien à domicile

Jérôme Ouellet

Étudiant, Maîtrise en sciences de l'éducation, Faculté d'éducation

Projet financé par une bourse d'études supérieures du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH)

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains*.

Membres du comité

André Balleux, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, département de pédagogie.

France Beauregard, professeure à la Faculté d'éducation, département d'enseignement au préscolaire et primaire

France Jutras, professeure à la Faculté d'éducation, département de pédagogie

Jean-Pascal Lemelin, professeur à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Julie Myre-Bisaillon, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Serge Striganuk, professeur à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Eric Yergeau, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle

Micheline Loignon, membre représentante du public

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

André Balleux, 16 juin 2010

ANNEXE IV

Attestation de conformité : Comité d'éthique de la recherche des
Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie

Le 16 juin 2010

Monsieur Jérôme Ouellet
Étudiant à la Maîtrise en sciences de l'éducation

Objet : Évaluation éthique et scientifique du projet
Analyse de la formation infirmière continue d'infirmières en soutien à domicile
MP-CSSS-ESTRIE-10-001

Monsieur,

Les documents déposés au secrétariat du CÉR sont conformes aux exigences du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Vous pouvez donc amorcer votre collecte de données dans le ou les établissements concernés.

Le CÉR comprend que des modifications ont été apportées au protocole de recherche suite à des demandes de l'Université de Sherbrooke. Le CÉR est d'accord avec ces modifications, mais précise que le protocole initial était aussi acceptable du point de vue éthique, si les ajustements mineurs demandés avaient été réalisés.

Veillez agréer, Monsieur, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet.

La présidente du CÉR,


Chantal Doré

c. c. Madame Jospéphine Mukamurera, directrice du mémoire, Département de pédagogie, Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke
Madame Johanne Archambault, directrice de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUGS
Madame Anne-Marie Royer, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS-IUGS

ANNEXE V

Lettre d'invitation et formulaire de consentement pour les participants à l'étude



Invitation à participer et formulaire de consentement pour le projet de recherche

Titre du projet : Analyse de la formation infirmière continue d'infirmières en soutien à domicile

Chercheur (étudiant) : Jérôme Ouellet, infirmier clinicien

Sous la direction de : Joséphine Mukamurera, Ph. D., professeure et chercheure

Lien d'appartenance : Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

Programme : Maîtrise en sciences de l'éducation

Financement du projet : Projet réalisé grâce à une bourse d'études supérieures du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH)

Madame,

Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Dans le cadre de cette recherche, nous souhaiterions comprendre plus en profondeur quel est le rapport à la formation infirmière continue (FIC) des infirmières de soutien à domicile. Il s'agit là de la question générale de recherche à laquelle nous tenterons de répondre. Le rapport à la FIC des infirmières de soutien à domicile peut prendre de multiples facettes. Parmi celles-ci, nous en avons retenu quelques-unes à partir desquelles nous avons formulé quatre questions spécifiques de recherche :

1. Quel est l'engagement au regard de la FIC chez des infirmières en soutien à domicile et quelles activités de formation continue poursuivent-elles pour mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences professionnelles?
2. Quels sont les facteurs qui influencent la participation, l'engagement et les choix d'activités de formation continue chez des infirmières de soutien à domicile en matière de FIC?
3. Quelle est la satisfaction des infirmières de soutien à domicile au regard des activités de formation continue suivies?

4. Quelles sont les retombées perçues des activités de formation continue suivies dans la pratique clinique des infirmières de soutien à domicile?

Ainsi, nous sollicitons votre participation à ce projet dans le but d'apporter un éclairage nouveau à ces questions qui sont demeurées sans réponse du point de vue de la recherche jusqu'à ce jour.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à une entrevue individuelle semi dirigée d'une durée d'environ 60 minutes et à valider sommairement l'analyse qui sera faite de votre entrevue (environ 20 minutes) pour discuter des résultats qui auront été obtenus. Les entrevues seront enregistrées sous la forme de fichier audio électronique. Les inconvénients liés à votre participation est qu'il est possible que vous ressentiez un malaise par rapport à certaines questions qui vous seront posées (Si c'est le cas, vous êtes libres de refuser de répondre à la question qui vous indispose.) et que vous deviez réorganiser votre horaire de travail la journée où vous aurez votre entrevue.

Qu'est-ce que le chercheur fera avec les données recueillies?

Les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. La confidentialité sera assurée notamment par l'anonymisation des données recueillies dans les fichiers électroniques qui seront utilisés pour l'analyse des données. Les documents qui seront imprimés et qui contiendront des données de recherche seront aussi anonymisés. En aucun cas l'entrevue originale que vous aurez accordée ne sera accessible ou diffusée à qui que ce soit. Seul le contenu de l'entrevue pourra être utilisé et ce, de façon anonyme. Ainsi, les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés par le biais de divers moyens : mémoire de maîtrise, articles scientifiques et professionnels, communications dans le cadre du congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et présentation des résultats au milieu. Les données recueillies seront conservées sous clef et dans des fichiers protégés par un mot de passe dans le bureau du chercheur principal. Et les seules personnes qui y auront accès sont ce chercheur et sa directrice de recherche (pour les données dénominalisées). Les données brutes d'entrevues seront détruites au plus tard en 2015 et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les données traitées pourront toutefois faire l'objet d'une utilisation secondaire dans le cadre de la continuité de l'étude de maîtrise au niveau du doctorat. Le temps de conservation des données traitées à des fins d'utilisation secondaire est de 5 ans suite au dépôt final de la présente étude.

Est-il obligatoire de participer?

Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Au-delà des risques et inconvénients mentionnés jusqu'ici qui sont la possibilité d'être identifié et le malaise par rapport à certaines thématiques abordées, le chercheur considère que les risques et les inconvénients possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la formation infirmière continue des infirmières en soutien à domicile est le bénéfice prévu. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, en accord avec votre employeur, vous serez libéré de votre travail pour une durée d'une heure, cette heure vous étant rémunérée à votre salaire régulier habituel par ce dernier.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet?

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Jérôme Ouellet, infirmier clinicien

Étudiant à la maîtrise en sciences de l'éducation

Chercheur responsable du projet

Téléphone : 1-800-363-6048 #393

Courriel : jerome.ouellet@usherbrooke.ca

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet : Analyse de la formation infirmière continue d'infirmières en soutien à domicile. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation au chercheur de transmettre au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

- ☐ *J'accepte de participer à l'entrevue individuelle semi-dirigée.*
- ☐ *J'accepte que les données recueillies lors de l'entrevue individuelle semi-dirigée puissent faire l'objet d'une utilisation secondaire dans une recherche ultérieure menée au doctorat par le même chercheur principal et ce, aux mêmes conditions d'utilisation que dans le présent projet.*

Participant(e) ou participant :

Signature :

Nom :

Date :

S.V.P. Signez les deux copies.

Conservez une copie et remettez l'autre au chercheur

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants.

Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. André Balleux, président de ce comité, au (819) 821-8000 poste 62439 ou à Andre.Balleux@USherbrooke.ca.

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable de la recherche, expliquer ses préoccupations à la présidente de ce comité en contactant son secrétariat au (819) 562-9121, poste 47101. Vous pouvez aussi contacter le commissaire local aux plaintes, monsieur Germain Lambert au (819) 780-2020, poste 40204.
